Revista

Investigaciones en Seguridad Social y Salud

Bogotá, D. C., enero-junio de 2012

volumen 14, número 1

E-ISSN 2027-7970



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ HUMANA

Contenido

- Editorial 3
- Reflexiones en torno a algunas experiencias de rehabilitación basada en comunidad (RBC) 5
- Brote de parotiditis en el centro penitenciario La Modelo, de Bogotá, Colombia, septiembre-diciembre de 2011 17
- Plan distrital de ciencia, tecnología e innovación para la salud de Bogotá 27

Investigaciones en Seguridad Social y Salud
Investig.seg.soc
Volumen 14 (1) Enero-junio de 2012

Gustavo Francisco Petro Urrego
Alcalde Mayor de Bogotá

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez
Secretario Distrital de Salud de Bogotá

Martha Liliana Cruz Bermúdez
Directora de Planeación y Sistemas de la Secretaría Distrital de Salud

Solángel García Ruiz
Editora

María Nancy Becerra-Beltrán
Coordinación Editorial

Comité Editorial
Carlos Agudelo Calderón, PhD (Universidad Nacional de Colombia)
Javier Eslava Schumacher, PhD (Universidad Nacional de Colombia)
Luis Alberto Gómez Grosso, PhD (Instituto Nacional de Salud)
Carlos Gómez-Restrepo, MD MSc (Pontificia Universidad Javeriana)
Elkin Osorio Saldarriaga, MD MSc (Secretaría Distrital de Salud)

Comité Científico
Chantal Aristizábal Tobler, PhD (Universidad Militar Nueva Granada)
María Patricia González Cuéllar, MSc (Secretaría Distrital de Salud)
Luis Jorge Hernández Flórez, MD PhD (Universidad de los Andes)
Fernando Pío de la Hoz Restrepo, PhD (Universidad Nacional de Colombia)
Juan Manuel Lozano, MD MSc (Universidad de la Florida, Estados Unidos)
Martín Alonso Rondón Sepúlveda, MSc (Pontificia Universidad Javeriana)

Webmaster
Paola Serna González
pserna@saludcapital.gov.co

Jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud
Oriana Obagi Orozco

Corrección de estilo
Gustavo Patiño Díaz

Diagramación
Juan Carlos Vera

Diseño de cubierta
Campo Elias Franco

Foto por:
Campo Elias Franco

Sitio web
http://app.saludcapital.gov.co/revistadigital/Inicio.aspx

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Teléfono: 364 9090, ext. 9796
www.saludcapital.gov.co

Editorial

La investigación

Por la naturaleza del trabajo que realiza la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, la investigación se convierte en una herramienta fundamental para la toma de decisiones, que ayuda en forma activa y práctica a maximizar los recursos económicos y financieros del sector salud. Para tener una mayor comprensión estructural del proceso investigativo, vamos a adentrarnos en la etimología de la palabra y después en el significado que tiene este término en la actualidad.

La palabra *investigación* es la acción o efecto de investigar y se compone de dos raíces latinas: *in* y *vestigium;* la primera significa 'en' o 'dentro' y la segunda se refiere a 'huella', 'rastro', 'indicio' o 'señal'. A su vez, la palabra *investigar* proviene del verbo latino *investigare*, que nos induce a realizar una acción de búsqueda o indagación, a seguir un vestigio o pista, a averiguar o descubrir una cosa.

Existen varios escenarios de la investigación. El primero es aquel de la investigación cotidiana o común de los seres humanos, curiosos por naturaleza, como los niños, que siempre están indagando o preguntando los porqués del mundo que empiezan a entender; de igual manera actúan los adultos cuando quieren solucionar un problema fruto de la cotidianidad. Tiene que ver con la investigación racional o crítica, que se caracteriza por ser reflexiva, sistemática y metódica, y tiene por finalidad obtener conocimiento para solucionar problemas filosóficos, científicos o técnicos y se desarrolla mediante un plan o proyecto establecido para entender una realidad.

Por otro lado, estructuralmente el proceso investigativo contiene algunos elementos básicos, como los sujetos que participan en la investigación. Un tema es el medio que se requiere para llevar a cabo la actividad y otro es el fin que se persigue para la solución de un problema.

En la investigación hay diversos procesos: el *reflexivo*, que requiere la conjunción de diversos factores o fuentes de conocimiento; el *sistemático*, que ayuda a vincular y relacionar los pensamientos con los datos que se derivan del análisis crítico encontrado en las diferentes fuentes de información y en las teorías existentes sobre un objeto determinado, y el *metódico*, que requiere procesos lógicos que nos permiten adquirir, sistematizar y transmitir los conocimientos de acuerdo con los objetos que se van a estudiar.

La investigación es también una constante búsqueda de conocimientos que fuerzan al investigador a realizar una juiciosa búsqueda intelectual y bibliográfica que lleva a la aplicación del método para tomar decisiones de tipo ideológico y metodológico que permite hacer una aproximación objetiva o subjetiva de la realidad.

En la modernidad, siguiendo la Escuela de Fráncfort, la investigación tiene un interés en desarrollar una reflexión interdisciplinar sobre la sociedad burguesa-capitalista desde una óptica marxista, donde se incorpora la reflexión psicoanalítica de Freud. Entre sus principales representantes están Horkheimer, Adorno, Fromm, Marcuse y Habermas, quienes desarrollaron la teoría crítica, según la cual la razón debe ser crítica frente a todo tipo de ideología manipuladora y alienante que en su

pretensión de dominar la naturaleza ha terminado dominando al ser humano, tal como sucedió con el surgimiento de los totalitarismos. El objetivo de esta teoría es fundamentalmente emancipador, pues la razón debe liberar al ser humano, no esclavizarlo. Se busca así una sociedad más justa, lo cual invita a hacer una mezcla entre teoría y práctica, ejercicio que integramos a través de la investigación para que interactúe con las diferentes teorías del conocimiento con una perspectiva interdisciplinar.

El proceso investigativo invita a describir, comprender y transformar la realidad desde cualquiera de las áreas del conocimiento, y esta es una de las razones de ser del Grupo de Investigaciones y Cooperación de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá como entidad rectora de la Salud en el Distrito Capital.

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez
Secretario Distrital de Salud de Bogotá

https://doi.org/10.56085/isss.490

Reflexiones en torno a algunas experiencias de rehabilitación basada en comunidad (RBC)

Insights of some community-based rehabilitation experiences

Reflexões sobre algumas experiências de reabilitação com base na comunidade

María Teresa Buitrago E.[1]
Solángel García-Ruíz[2]
Myriam Cristina López Correa[3]
Claudia Rojas Castillo[4]

Resumen

Introducción: En 2010, el Nodo Centro, perteneciente a la Red de Redes de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC)-Colombia, quiso avanzar en una reflexión que permitiera comprender los significados de las experiencias de RBC por parte de cada una de las organizaciones que hacen parte de este. ***Métodos:*** El análisis se presenta a partir de los insumos recogidos en las actas de las reuniones del nodo durante este año, así como a partir de la revisión de las presentaciones, y avanzando en contrastarlas con otras fuentes teóricas, que enriquecieron, finalmente, este ejercicio de carácter descriptivo, interpretativo y reflexivo basado en dos preguntas: la primera, relacionada con *cómo las experiencias conciben el término de comunidad*, y donde se evidencian conceptos ligados a lo organizacional, lo asociativo y lo territorial; la segunda da cuenta de lo *metodológico*: buscaba explorar las formas, los valores y los caminos en las prácticas de RBC; se halló que el marco de partida para el trabajo en la estrategia es el conocimiento de las necesidades de la población con discapacidad. ***Resultados:*** Los hallazgos sobre las relaciones que se establecen y dan cuenta de la tercera pregunta ponen en evidencia cómo, en general, las experiencias revisadas proceden de propuestas lideradas desde instituciones públicas y privadas, y los contactos se establecen en el ámbito institucional y en colectivos, representados en las familias, las comunidades y los cuidadores de la población. ***Conclusiones:*** Como última pregunta, los hitos, o momentos de las experiencias, reflejan ciclos anuales y se armonizan con la planeación de las entidades o las instituciones que las lideran, o

1 Enfermera. Epidemióloga. Magíster en desarrollo social y educativo. Candidata a doctora en salud pública. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad Javeriana.
2 Terapeuta ocupacional. Magíster en desarrollo social y educativo. Coordinadora de Investigaciones y Cooperación, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Miembro del grupo de investigación de discapacidad y sociedad.
3 Licenciada en educación especial. Magíster en política pública. Proyecto Movilización sociocultural y política, Instituto Nacional para Ciegos (INCI) de Colombia.
4 Terapeuta ocupacional. Magíster en educación. Profesora asistente, Departamento de la Ocupación Humana, Universidad Nacional de Colombia.

bien, de las entidades que las financian. Por último, se proponen reflexiones para retomarlas en el proceso de fortalecimiento del nodo que se adelanta en torno a pensarnos colectivamente, así como las posibilidades y las limitaciones de la RBC.

Palabras clave: discapacidad, comunidad, rehabilitación basada en comunidad (RBC), redes.

Abstract

Introduction: The Center Node of the Network of Rehabilitation Based on Community Networks (RBC)-Colombia, in 2010, wanted to advance in a reflection that would allow to understand the meanings of the experiences of RCB from each of the organizations that are part of it. ***Methods:*** The analysis is presented based on the inputs collected in the proceedings of the node meetings during this year, as well as the review of the presentations, contrasting them with other theoretical sources, which finally enriched this exercise of descriptive, interpretive and reflective character based on four questions. The first question related to how they conceive the term community, where concepts linked to the organizational are evidenced. The associative and the territorial, are dealt in the second question, related to the methodology it sought to explore ways and values in the rbc's practices and it was found that the starting framework in the strategy is the knowledge of the needs of the people with disabilities. ***Results:*** In this context, the findings on the relationships that are established and that account for the third question, show that in general, reviewed experiences come from proposals led from public and private institutions, and the contacts that are established are at an institutional and collective level, represented in the family, communities and population caretakers. ***Conclusions:*** As a last question, the milestones or moments of the experiences reflect annual cycles and are harmonize with the planning of the entities or institutions that lead or fund. Finally, reflections are proposed to be retaken in the process of strengthening the node, thinking of ourselves collectively, as well as the possibilities and limitations of rehabilitation based on community.

Keywords: disability, community, rehabilitation based on community (RBC), networks.

Resumo

Introdução: O Nodo Centro é uma rede Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC)-Colômbia, que em 2010, quiz avançar em uma reflexão para entender os significados das experiências de RBC, de cada uma das organizações que fazem parte do programa. ***Metodologia:*** A análise é apresentado com base nas informações contidas nas atas das reuniões do Nodo durante este ano, bem como a revisão da apresentação, e o avanço em contraste das mesmas com outras fontes teóricas, que eventualmente enriquecem este exercício descritivo, interpretativo e reflexivo com base em quatro perguntas. A primeira relacionada à forma como concebem o termo comunidade, aonde se evidência os conceitos ligados a organização, a associação, e ao territorial; a segunda, traz em consideração o aspécto metodológico, procurou explorar as formas, valores e caminhos, desde o práticas RBC e descobriu que o ponto de partida para trabalhar na estratégia é o conhecimento das necessidades das pessoas com esta deficiência. ***Resultados:*** Neste contexto, as conclusões sobre as relações estabelecidas a partir da a terceira pergunta, mostra que, em geral, as experiências revistas vêm de propostas lideradas por instituições públicas e privadas, e os contatos estabelecidos são de nível institucional e grupos representados nas famílias, comunidades e profissionais de saúde da população. ***Conclusões:*** Como uma

última pergunta, detalhes ou momentos de experiências, refletem ciclos anuais que estão harmonizados com os órgãos de planejamento das entidades ou instituições que lideram ou que financiam. Finalmente se propõe reflexões para ser retomada o processo de fortalecimento do Nodo que está se adianta em torno de pensar coletivamente, bem como nas possibilidades e limitações de reabilitação baseada na comunidade.

Palavras-chave: discapacidade, comunidade, reabilitação com base comunitária (RBC), redes.

Introducción

Las primeras experiencias de RBC en el país aparecen durante la década de 1980, son implementadas por organizaciones no gubernamentales (ONG) y financiadas con recursos internacionales. A finales de la década de 1990 y a principios del siglo XXI, se comienza su implementación en organizaciones de gobierno locales, ya sean departamentales, municipales o distritales. Aproximadamente desde el 2010 el Ministerio de la Protección Social incluye la RBC dentro de sus orientaciones. El país cuenta con organizaciones de diversos tipos (no gubernamentales, instituciones prestadoras de servicios, organizaciones de la comunidad y gobiernos locales, entre otros) que proponen la RBC como su estrategia de trabajo. En este contexto, surge la iniciativa de llevar a cabo un primer encuentro de experiencias en Cartagena, en 2003, y allí se comienza a tejer la idea de la construcción de la red de RBC en Colombia (tabla 1).

La idea de red se fue transformando de encuentro en encuentro, y en 2007, en Bogotá, se elabora el *Manifiesto de Bogotá*, texto que da las orientaciones para el quehacer de la red a lo largo de los siguientes años. El manifiesto propone cinco objetivos: 1) posicionar el tema de la discapacidad en la agenda pública; 2) lograr la articulación de los actores y sus intereses; 3) jalonar procesos nacionales de desarrollo incluyente; 4) elaborar conocimiento en la RBC, y 5) promover la calidad de los procesos desarrollados en la RBC.[5]

La organización de la red se hizo entonces por objetivos. Con posterioridad, en 2009, previamente al encuentro de Yopal, se define la organización por nodos: Centro, Antioquia, Costa-Norte, y Sur. El Nodo Centro estaría conformado por los departamentos de Bogotá, D. C., Cundinamarca, Tolima, Boyacá, Santander y Casanare.

En este contexto, los primeros encuentros del Nodo Centro comienzan a finales de 2009, y se consolidan en 2010, con la construcción de una agenda que sigue las orientaciones del *Manifiesto*.

Las organizaciones que han participado con alguna regularidad en el Nodo Centro se encuentran relacionadas en este documento en la tabla 2.

Dentro de los propósitos del nodo se encontraba conocer y socializar las experiencias de cada una de las organizaciones. Más que conocer dichas experiencias, quisimos avanzar en una reflexión que nos permitiera comprender sus significados. Ello, por cuanto reconocemos que la RBC se asume como una estrategia para la inclusión social y la equiparación de oportunidades, y como una propuesta donde se reconoce a los sujetos como ciudadanos con capacidad para tomar decisiones sobre la vida y actuar de manera colectiva.

Durante 2010, en los encuentros del Nodo Centro se fueron presentando las experiencias en torno a los siguientes temas:

- El significado de "basado en comunidad": para tratar de dilucidar epistemológicamente dónde se ubican las experiencias, y su relación con las definiciones de la Convención,[6] para así disminuir el énfasis en la simple rehabilitación.

- Las premisas y los principios metodológicos que nos permitan identificar el proceso, las estrategias, las técnicas y los métodos que cada experiencia utiliza para la implementación y el seguimiento de la estrategia.

- Las redes, si se entiende que la estrategia en sí misma es una red, y que trabajar en RBC implica encontrarse con otros y generar redes con otros.

5 Dentro del marco del Cuarto Encuentro de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), organizado por la SDS de Bogotá, y realizado en la ciudad capital en febrero de 2007, con la firma del manifiesto se activan y se fortalecen las acciones de la Red de Redes de RBC en Colombia, como una voluntad expresa de organizaciones gubernamentales y ONG, estudiantes, universidades, la población con discapacidad y organizaciones internacionales.

6 La Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 por las Naciones Unidas, y en Colombia fueron ratificados con la Ley 1346 de 2009.

Tabla 1. Línea del tiempo de la Red de Redes de RBC en Colombia

Año	Congresos y Eventos	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Red de las Américas	Congresos continentales				I Congreso Continental de RBC (Chile)				II Congreso Continental de RBC (México)	
	Tema del Congreso				"RBC: una estrategia para el desarrollo inclusivo"				"Hacia el desarrollo inclusivo"	
	Desarrollo de la red							Estructuración de la Red Costa Rica		Definición de acuerdos de la Red de América-Costa Rica
Encuentros de RBC	Número y lugar del encuentro	I Encuentro (Cartagena)	II Encuentro (Medellín)	III Encuentro (Cali)		IV Encuentro (Bogotá)	V Encuentro (Pereira)	VI Encuentro (Yopal)		VII Encuentro (Cartagena)
	Tema del encuentro		Enfoque de derechos	"La RBC como alternativa de rehabilitación comunitaria"		"Construyendo diferencia por el futuro"	"Todas las manos todas"	"Moviéndonos al derecho"		"Hacer pa' transformar"
	Énfasis del encuentro						Ámbito Derechos Humanos	Derechos Humanos		
Red de Redes de RBC	Reuniones y documentos de la red					Manifiesto de Bogotá (septiembre)		Encuentro de la RED-Bogotá (mayo)	Encuentro de la RED-Cartagena (julio)	
	Formas de organización					Gestores organizados por objetivos		Gestores organizados por nodos		
	Tema central de la discusión							Desarrollo comunitario para la inclusión	Inclusión para el desarrollo social y comunitario	

Fuente: Elaborada durante el Encuentro de Gestores de nodos de la Red de Redes de RBC Colombia. Cartagena, 2011.

Tabla 2. Organizaciones que participan en el Nodo Centro de la Red de Redes de RBC Colombia

Tipo de organización	Nombre
Universidades	Universidad Nacional de Colombia
	Universidad Javeriana
	Universidad del Rosario
Organizaciones no gubernamentales (ONG)	Corso Hansen ONG-Agua de Dios
	Red Lilianne Fonds-Región Andina
	Arcángeles-Bogotá/Yopal
	Carlos José Ramón-Bucaramanga
	Asociación Alemana DAHW
Organismos gubernamentales nacionales, distritales, departamentales y locales	Ministerio de la Protección Social
	Instituto Nacional para Ciegos (INCI)
	Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte (IDRD)
	Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados
	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS)
	Gobernación de Cundinamarca
	Gobernación de Boyacá
	Sanatorio de Agua de Dios
	Agentes de Cambio de la Red de Hospitales de la SDS

Fuente: Elaboración propia.

- Los hitos y las reflexiones en el contexto histórico de cada una de las experiencias.

El presente texto contiene una interpretación de lo que nos dicen las experiencias, alimentada por las discusiones de las personas que asumimos la construcción del documento: al final se proponen reflexiones para ser retomadas en el proceso de fortalecimiento del Nodo, y que se adelantan con miras a pensar colectivamente las posibilidades y las limitaciones de la RBC.

Métodos

¿Para qué y cómo se hizo este ejercicio?

Una vez convocados diferentes actores para la conformación del Nodo Centro de la red, como un acuerdo voluntario en el cual priman el deseo y la voluntad de crecimiento a través de espacios de reflexión y de construcción colectiva, se propone como uno de los puntos de partida acercarse, con un foco lo más específico posible, al quehacer de cada una de las experiencias institucionales que participan en el nodo, con el fin de conocerlas e identificar puntos de convergencia y abordajes novedosos que sirvan para alimentar el quehacer de todos los convocados. Para ello, se propuso y se decidió que cada uno de los participantes hiciera una reflexión sobre su experiencia de RBC, para ser compartida y analizada de manera colectiva.

Este ejercicio se desarrolló en tres momentos: uno *inicial*, que consistió en que el equipo responsable analizara cada experiencia teniendo como guía la respuesta a las siguientes preguntas: *¿Qué significa para ustedes "basado en comunidad"?; ¿Cuáles son los principios metodológicos o las premisas metodológicas que guían el desarrollo de la experiencia?*; *¿Con quién se relaciona su experiencia, y cómo se relaciona?; ¿Cuáles son los momentos o los hitos que identifica en el desarrollo de su experiencia?; ¿Cuáles son los principales aprendizajes desde lo metodológico?;* un segundo momento consistió en la socialización, durante varias de las reuniones de 2009 y 2010, de las experiencias analizadas, según la postulación de los participantes; y un tercer momento fue el análisis de esta información, para disponer de un ejercicio colectivo de construcción de conocimiento, que es el que compartimos en el presente escrito.

En su desarrollo, metodológicamente hablando, los ejercicios fueron diversos, en términos tanto de las presentaciones realizadas[7] como de la estructura de

7 La metodología que se utilizó para conocer las experiencias incluyó: presentaciones en PowerPoint (Kennedy Roberto Vidal-INCI-Proyecto de Movilización Sociocultural y Política; Participando Ando-Universidad Nacional; Ayuda Alemana-Sanatorio de Agua de Dios; SDS-Transversalidad de

tales presentaciones, que en muchos de los casos no siguieron la guía de preguntas orientadoras propuesta, lo cual dificultó la consolidación y el análisis de información; por ello, fue necesario completar los vacíos con las actas de cada una de las reuniones y los apuntes que, a título personal, tomaron algunas de las personas asistentes, y quienes, a su vez, conformaron la comisión para la producción de este análisis. Como resultado de la disparidad y de la diversidad en las presentaciones y las reflexiones, para el momento del análisis de las fuentes se hizo necesario unir las preguntas 2 y 5, tal como se observará más adelante, en los resultados expuestos.

Este recorrido nos permite reflexionar sobre varios aspectos que forman parte no solo de la cotidianidad de la RBC, sino de nuestro accionar en el trabajo cotidiano: entre ellas, la diversidad de experiencias que se desarrollan sobre un supuesto "mismo" marco conceptual; también, la heterogeneidad en las formas como logramos dar cuenta de lo que hacemos y las dificultades que experimentamos cuando nos abocamos a la reflexión sobre nuestra práctica.

Lo anterior se nos presenta como una oportunidad para mantener activa la reflexión sobre cuestiones del tipo: ¿Cómo construir colectivamente? ¿Hasta dónde es importante, y dónde podemos acogernos a algunas directrices para la reflexión, que nos permitan transitar por caminos diversos con algunos puntos de encuentro?

Los análisis expuestos más adelante parten de las diversas fuentes de información, ya mencionadas, y avanzan en cuanto a que las contrastan con otras fuentes teóricas (1) que enriquecen, finalmente, este ejercicio de carácter descriptivo, interpretativo y reflexivo, sobre la RBC desde el Nodo Centro de la Red de Redes de Colombia.

Análisis e interpretación

1. Sobre el significado de "basado en comunidad"

Un cuestionamiento que surge a partir de las primeras experiencias socializadas se relaciona con el nombre de la estrategia: *Rehabilitación Basada en Comunidad* (RBC)*;* más específicamente, con la palabra "rehabilitación". La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea la RBC como una estrategia para el desarrollo inclusivo del colectivo de una comunidad con los recursos de los que allí se dispone, y la cual apunta a la igualdad de oportunidades y de derechos de las personas en condición de discapacidad en todos los sectores: salud, educación, de sustento, social (2). Si se toma en cuenta que el término "rehabilitación" siempre ha estado circunscrito al sector salud, ello nos traslada al modelo médico de concebir la discapacidad, y nos remite a pensar, en cuanto a una comunidad: ¿Por qué, entonces, se le sigue llamando a la estrategia RBC? ¿Qué connotación tiene la palabra "rehabilitación"? ¿Cuál es la tensión de la palabra "rehabilitación"? ¿Cuál es su primacía dentro del modelo médico y dentro de las acciones desde el sector salud? ¿De qué comunidad estamos hablando?

Ahora bien, son diversas las posturas conceptuales que se encuentran relacionadas con el término "*comunidad",* dependiendo del contexto y de la disciplina donde se sitúe su análisis. Etimológicamente, el término "comunidad" proviene del latín *communĭtas*, y expresa lo común; es decir, hace un llamado a la colectividad, o conjunto de personas que comparten algo. Desde la sociología, el concepto se complejiza, pues se construye a partir de la relación entre diversos elementos, como el territorio, lo económico, lo cultural, lo político. Desde el punto de vista de la psicología social, se define el término a partir de escalas construidas desde lo individual, lo grupal, lo organizacional, lo institucional.

En varias experiencias de los participantes en el nodo centro y de este proceso, se puede entender el concepto de "comunidad" como el accionar de un colectivo, pues sus integrantes se sienten identificados con los motivos que los convocan, mientras que en otras experiencias lo comunitario va también ligado a lo organizacional o a lo asociativo. Las preguntas acá son: ¿En qué varía la estrategia de RBC cuando se presentan relaciones de tipo comunitario, y cuándo son de tipo asociativo? ¿Hasta dónde llega la RBC, y en qué ámbitos incide (personal, familiar, colectivo, organizacional o social)?

Algunas de las experiencias conciben de manera amplia el concepto "basado en comunidad" como ligado a la justicia social, a la incidencia política, al fomento de liderazgos y de fortalecimiento de organizaciones; en contraste, se sabe de experiencias limitadas en su quehacer al respecto, por restricciones instituciona-

la Discapacidad), y acciones recreativas basadas en comunidad-2010-IDRD, Fundación Carlos José Ramón-Bucaramanga-Bogotá, D. C., 2010.

les, que, incluso, llegan a cuestionar el alcance de la apuesta de lo basado en comunidad.

Sea cual sea la forma como se trabaje en la comunidad y con la comunidad, se hace necesario reflexionar permanentemente sobre: ¿Cómo percibimos a la comunidad con la que trabajamos? ¿Qué busca esa comunidad? ¿Cuáles son sus intereses? ¿Qué queremos de ella, y qué quieren sus miembros de nosotros? Dichos cuestionamientos permiten valorar qué tan preparada se halla la institucionalidad para la respuesta al ejercicio de ciudadanía y exigibilidad de derechos.

Parece que, en ocasiones, comunidad es sinónimo de vulnerabilidad y de pobreza. Si es así, entonces, podríamos concluir que la RBC es para comunidades pobres y vulnerables; de hecho, en la mayoría de las experiencias presentadas ese parece ser su énfasis: se hace RBC para llevar rehabilitación a los sectores donde no llegan los servicios, y aunque esta fue la razón que dio origen a la estrategia, ¿qué tanto se ha suplido dicha ausencia a lo largo de las dos últimas décadas? ¿Cuál es la razón que sostiene la estrategia en la actualidad? ¿Cuál es la respuesta del Estado frente a la responsabilidad de garantía de derechos consagrada en la Constitución colombiana? Si "basado en comunidad" implica hablar de derechos y de poderles devolver a los implicados su estatus de ciudadanía plena, ¿las comunidades se movilizan? ¿Y qué hace el Estado después de ello?

Ahora bien, otro punto de discusión en la misma línea son las preguntas que surgen en el proceso de trabajo con las comunidades: ¿Cuál es la intencionalidad de la autogestión que se pretende con la RBC? ¿En qué momento se le devuelve al Estado el trabajo que se realiza en la comunidad? Si el trabajo por la comunidad no sale de la misma comunidad, ¿el Estado se queda quieto? Si las organizaciones siguen asumiendo tal responsabilidad, entonces, ¿cuándo la asumirá el Estado? Por ejemplo, una de las experiencias muestra claramente que "cuando se institucionaliza la estrategia, es difícil que los padres se suelten de la institución".

Un componente esencial que permite definir a la comunidad es el territorio. En las experiencias que se socializaron, el territorio va desde lo macro hasta lo micro; es así como encontramos objetivos de trabajo dirigidos a comunidades de un barrio, de una localidad, de un municipio o de un departamento, y otros, con incidencia nacional.

Desde este punto de vista surgen varios cuestionamientos: ¿A qué comunidad nos referimos cuando hablamos de *comunidad*? ¿Solo al barrio? ¿Solo al municipio? ¿Qué pasa "por ejemplo en comunidades institucionalizadas como la de los internos de sanatorios" y su relación con la comunidad externa? ¿O en el caso de comunidades de estudiantes universitarios? ¿Necesariamente, las estrategias de trabajo que se originan con la orientación de la RBC deben surgir de las comunidades? ¿O surgen de la institución, y luego se transfieren y se transforman con ellas? Allí hay una tensión de temporalidades, que no necesariamente debe deslegitimar lo que se hace; pero, entonces, ¿hasta dónde se llega como institución? ¿Hasta dónde, como comunidad? ¿Hasta dónde, como individuo?

El desarrollo de autonomía introduce el elemento político que debe tener la RBC en dos ámbitos: 1) el cotidiano, de la experiencia en el interior del proyecto de vida y de la familia, y 2) el que sucede a una escala externa, más de incidencia política estructural (3). Se reconoce que para poder incidir en el plano estructural, la RBC debe "institucionalizarse" (más bien, *legitimarse*), en el sentido de aparecer dentro de la planeación no solo de las instituciones que la apoyan y llevan a cabo, sino en las proyecciones, por ejemplo, de los municipios en cuanto a planes de desarrollo, respetando el proceso y el ritmo de la comunidad.

2. Sobre las premisas y los principios metodológicos

La pregunta por la metodología usada en las experiencias compartidas en el Nodo Centro es una pregunta central, toda vez que reflexionar sobre cómo hacemos lo que hacemos nos remite, necesariamente, al qué y al para qué. En segundo lugar, parece algo inherente a las experiencias ligadas a la comunidad preguntarse por cuáles estrategias, formas, lenguajes, técnicas o herramientas se ponen en juego en un trabajo que pretende enraizarse en la comunidad para generar transformaciones.

Más precisamente, preguntamos: ¿cuáles principios metodológicos o cuáles *premisas metodológicas* guían el desarrollo de la experiencia? Nos interesaba preguntarnos por ello, con la idea de explorar si las diferentes instituciones, grupos, organizaciones y líderes ponen en juego, de manera consistente, formas, valores, caminos e ideales en sus prácticas de RBC; o, dicho de otra manera, queríamos saber que si hay un

"algo" "no negociable", un algo "no renunciable" que acompaña las prácticas en RBC de los integrantes del Nodo Centro.

Si bien es cierto que las alusiones al qué y el para qué de la RBC son explorados en otros apartados del presente texto, es importante señalar aquí que lo metodológico no se reduce a un asunto instrumental: la forma como hacemos las cosas está directamente relacionada con cómo las pensamos, cómo las concebimos. El pedagogo latinoamericano Jara (4) insiste en sus reflexiones en torno al trabajo comunitario, donde a menudo se encuentra que los desafíos metodológicos se identifican, en muchas ocasiones, con el problema de la buena selección y la buena aplicación de las técnicas; es decir, se trata lo metodológico como un problema instrumental y se desconoce que es necesario definir criterios y principios metodológicos que permitan estructurar toda una 'estrategia' de trabajo.

Las concepciones dialécticas sobre las metodologías de trabajo popular sostienen que es necesario asumir lo metodológico como un entramado de acciones, emociones y juegos de poder que, de manera hilada, trabajan desde horizontes de transformación de realidades vividas. Para Jara (4), lo metodológico tiene que ver con "los criterios y principios que le dan unidad y coherencia estratégica a todos los elementos que intervienen en un proceso, a todos los momentos específicos que se desenvuelven a lo largo de él y a todos los pasos o acciones que uno impulsa". Esto es así porque los procesos trabajados con dicha perspectiva tienen como propósito la producción de conocimiento de los actores (en este caso, principalmente comunitarios), para potenciar su capacidad de interpelación y de transformación de las realidades que viven.

La "metodología", por tanto, no puede reducirse a una técnica ni a un conjunto agrupado de técnicas. La definición metodológica significa estructurar con un sentido estratégico toda la lógica del proceso que se quiere impulsar, orientar y dar unidad a todos los factores que intervienen: los participantes y sus características personales y grupales, sus necesidades, sus intereses, el contexto en el que viven, sus conocimientos sobre el tema, los objetivos que nos proponemos alcanzar, las etapas que se deben desarrollar para lograrlos, la secuencia temática por seguir, las técnicas y los procedimientos que vamos a utilizar en los distintos momentos, las tareas de aplicación práctica que vamos a proponer y a "evaluar".

Ahora bien, no iniciaremos esta mirada al asunto metodológico sin antes decir que la mayor parte de las experiencias no aludieron al término "principios" al responder la pregunta: más bien, se enunciaron formas de hacer lo que hace. Vale arriesgarse a afirmar que la brújula escogida para guiar las experiencias parece centrase más en los objetivos. Empecemos, entonces, por decir que el rasgo más repetitivo en la explicitación de las metodologías se relaciona, quizás, con la importancia de *re-conocer* la problemática de las comunidades.

Se consideran importantes la manera como se trabaja el conocimiento de las necesidades de la población y la alusión a "situarse en el contexto y en el territorio"; las experiencias aluden a una realidad en permanente cambio que es necesario identificar; en muchas ocasiones, como punto de partida, y en otras, como una práctica permanente. En esta condición fundamental, mencionada en varias experiencias, pueden incluirse desde el conocimiento de los sujetos que viven estas realidades como quienes la acompañarán para intentar transformarla. Las capacidades, el papel que juegan y los intereses de los diferentes sujetos son valorados como importantes en las formas de hacer RBC.

La formación y la reflexión, junto con el trabajo en procesos de retroalimentación, son elementos permanentes y transversales en varias de las experiencias. Escuchar, respetar procesos y ritmos de la comunidad y la concertación de agendas con otros son algunos elementos mencionados que les dan identidad y están en la base de procesos metodológicos de las experiencias compartidas.

En torno a los tipos de "hacer" usados en el desarrollo de la estrategia, se pueden mencionar la lúdica, el arte y las actividades recreativas como elementos potenciadores en la transformación de imaginarios y de las realidades organizativas de las comunidades. En estos casos, dichas mediaciones se trabajan como posibilitadores de transformación de los sentidos del trabajo comunitario, atraviesan no solo el cómo, sino, también, el qué, del trabajo en torno a la estrategia.

Por otro lado, también lo cotidiano aparece en varias experiencias y es referido de diversas maneras. Una de ellas alude a hacer "trabajo cotidiano", en el sentido de un trabajo que se inserta o se acerca más a la vida comunitaria, y que exige de quien lo acompaña entender y adecuarse a los ritmos de una comunidad que "vive la

vida" atendiendo a necesidades, urgencias, coyunturas. Atender lo cotidiano, entonces, es también concertar el "qué" del trabajo, los "cuándos" y permanecer atento a impulsar estrategias creativas que respondan a la incertidumbre y a las emergencias de la vida cotidiana afectada por condiciones socioeconómicas, por políticas institucionales, por la formación de los profesionales, por las dinámicas familiares complejas, por las situaciones particulares relacionadas con las enfermedades de las personas con discapacidad, entre otras.

Lo cotidiano en las experiencias también hace alusión a comprender mejor los lenguajes diversos de los distintos sujetos que en un momento y en un territorio específicos se cruzan y viven experiencias compartidas, así como a la necesidad de una proximidad física de quien acompaña la vida de los grupos, las organizaciones o las personas. La demanda de "convivir más con ellos" reclama una posibilidad de estar "a la deriva" con las comunidades, de modo que sea posible transitar y compartir momentos de la vida cotidiana que van más allá de los límites de una agenda previamente definida.

3. Sobre con quiénes y cómo nos relacionamos: el trabajo en red

El concepto de redes nos remite simbólicamente a la representación de tejido; en este caso, a un entramado de relaciones sociales que superan las acciones individuales. Podemos entender la red como una estructura formada por un conjunto de puntos interrelacionados. Estos puntos se conocen en el lenguaje de redes como *nodos*. Cada nodo es una entidad en sí misma, pero al mismo tiempo es parte de una jerarquía mayor; es, al mismo tiempo, todo y parte, uno no es más que otro.

Si comprendemos la red como un sistema, podemos decir que esta toma su identidad a partir de los elementos que la constituyen, y de la relación de estos entre sí y de estos con el todo. Así pues, una de sus características es que se trata de un sistema relacional, es una unidad global de interacciones e interrelaciones organizadas que supera e integra, que articula entre sí los componentes individuales, o nodos.

La red social es un *sistema ecológico*; o sea, está orientada, primordialmente, al objetivo de mantener su propia organización interna, su estabilidad, se abre a la posibilidad de coexistencia de todos sus elementos y sus dinámicas. De esta manera, son posibles pares opuestos, orden-desorden, equilibrio-desequilibrio, posibilidad-amenaza, permanencia o cambio; y, de igual manera, es productor de sentido que coevoluciona con los sistemas psíquicos y donde cada uno forma el entorno imprescindible del otro.

En este contexto, los hallazgos sobre las relaciones que establecemos desde las diferentes experiencias de operación de la RBC nos permitieron una visión panorámica de con quiénes estamos construyendo alianzas para las transformaciones que pretendemos en las actividades cotidianas, y, de paso, reflexionar sobre el predominio de relaciones de unos sectores sobre otros y las implicaciones que ello tiene en la proyección de lo que hacemos, si pretendemos generar procesos de inclusión social.

En general, las experiencias revisadas proceden de propuestas lideradas desde instituciones públicas y privadas, y los contactos que se establecen son en los ámbitos institucional y de colectivos; estos últimos, a su vez, representados en la familia, las comunidades y los cuidadores de la población con la cual se desarrollan las diferentes experiencias.

Entre las instituciones y los colectivos con quienes se establecen relaciones se encontraron: secretarías de salud departamentales y municipales, ONG, organizaciones de personas con diferentes limitaciones, comités departamentales de discapacidad, la SDS de Bogotá y hospitales de primer nivel de las localidades, universidades, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Veeduría Distrital, Alcaldías Locales, otras redes (tales como: Pensar desde la Diferencia y el Nodo Centro RBC), periodistas y medios de comunicación, instituciones de educación, docentes, líderes comunitarios y madres comunitarias, organizaciones comunitarias, funcionarios de la salud, grupos y personas en condición de discapacidad.

La información recolectada no nos permitió profundizar sobre cómo se establecen dichas relaciones; sin embargo, en algunos casos fue explícita en exponer el para qué de ellas, lo cual nos muestra los objetivos que se persiguen cuando estas se generan. Al respecto, en general, se busca articulación para conocer y entregar servicios y beneficios de diferentes fuentes que respondan a las necesidades de la población cubierta; también, potenciar recursos para proyectos y (en algunos casos, explícitamente) recursos para su desarrollo, como ocurre en el caso de los contactos con alcaldías locales o departamentales y con la em-

presa privada. Esta última alianza, vale la pena aclararlo, solo se mencionó por parte de una fundación privada, aspecto relevante en términos de las restricciones que se tienen al respecto con estrategias cuyo operador son instituciones públicas.

Un punto de reflexión importante en cuanto a lo tratado es el papel que en el contexto socioeconómico actual entran a jugar las ONG que trabajan en RBC como operadores del Estado, y que las enfrenta a un entorno de competencia entre unas y otras, no solo por la cualificación en términos de requisitos por cumplir que se exige en dicho tipo de procesos de contratación, sino en la competencia franca por la asignación de recursos, aspectos todos ellos que no necesariamente contribuyen al desarrollo de redes sociales.

El escenario descrito para las ONG, como operadores del Estado, ha transformado las relaciones de colaboración y trabajo por una causa común en un escenario donde el Estado se vuelve un medio de sustento para quienes trabajan y conforman dichas organizaciones, las cuales, si bien en muchos casos nacieron con la ayuda de aportes importantes de trabajo voluntario, se hacen difíciles de mantener en esa lógica, no solo por la responsabilidad que se adquiere cuando se deben operar productos concretos sobre contratos y con perfiles de recurso humano cualificado, sino por los niveles de desempleo que hacen que esa, en sí misma, sea la posibilidad de sustento para quienes inicialmente nacieron como abanderados de una causa.

Otras de las relaciones mencionadas fueron las que se establecen con los comités de discapacidad municipales (experiencias de otras ciudades diferentes de la capital) y con el Sistema Distrital de Discapacidad (en Bogotá), las cuales responden, principalmente, a procesos de planeación, diseño y operación de iniciativas conjuntas, o a espacios de concertación y participación, al igual que de reconocimiento de los actores que trabajan en torno a la población en condición de discapacidad en un territorio determinado (localidad, municipio, departamento), por ejemplo, en acciones de fortalecimiento de organizaciones.

Otro de los puntos de encuentro se da en procesos de asesoría, que buscan conocer estrategias por parte de las instituciones que tengan mayor recorrido y reconocimiento en el desarrollo de la RBC, y en el caso de las universidades, como apoyo en procesos investigativos, de capacitación o de beneficio mutuo, como la recepción de pasantes y la orientación de trabajos de grado, tanto de pregrado como de posgrado.

Con la comunidad, las alianzas se dan directamente para el desarrollo de las acciones, que en la mayoría de casos buscan responder a necesidades sentidas y expresadas por las mismas personas con discapacidad o sus familiares, o bien, exploradas por los integrantes de los equipos que en las instituciones se encargan de desarrollar la estrategia.

Así pues, encontramos desde estas experiencias un predominio de relaciones con instancias formales institucionalizadas mediante actos legislativos, como los consejos o los comités, y con el predominio de relaciones entre los sectores salud, bienestar y educación en cuanto al sector público. Hay también alianzas estratégicas, si bien aún tímidas, con universidades, y podría decirse que una ausencia de vínculos con sectores como el productivo y el de cultura.

Este panorama nos permite varios análisis, en términos de redes sociales: podemos decir que cada experiencia genera relaciones que de manera particular avanzan en algún tejido más o menos fuerte, sin poderse concluir si realmente hay redes allí o no; pero en relación con el Nodo Centro, su conformación por acuerdo de voluntades, su apertura a compartir y reconocer la diversidad y los acuerdos de construcciones colectivas como esta permiten considerarlo en sí mismo una red social que avanza en no pocas de las mencionadas características, como la autopoyesis y lo disipativo y ecológico del sistema de relaciones.

A propósito del anclaje de las relaciones que mostraron las experiencias compartidas con el sector salud y el sector educación, y a propósito de la poca presencia del sector productivo, es necesario reconocer cómo la estrategia de RBC sigue articulada en estos casos y da cuenta de la influencia que desde escenarios macro se da a su desarrollo; recuérdese que nació desde el sector salud, desde los planteamientos de la OMS, y fue, en su primera instancia externa a este sector, adoptada por el sector educativo, por la UNESCO. Así, los avances que muestran, por ejemplo, experiencias del nodo (acogerla desde escenarios como el sector deportivo y las universidades) resultan innovadoras y aportan a construcciones intersectoriales, que son la propuesta para el futuro.

4. Sobre los hitos en el desarrollo de la experiencia

Los hitos, o momentos de una experiencia, se relacionan con el proceso histórico de dicha experiencia, con el contexto social, político y económico donde se desarrollen y con la posibilidad que tengan de motivar la reflexión sobre la práctica e identificar las decisiones que se tomen en un momento u otro para su desarrollo.

Las experiencias, como todo proceso de desarrollo social, cumplen un ciclo que se relaciona con la formulación, la implementación, el seguimiento y la evaluación; y vuelve a un proceso de reformulación, en alguno de los casos.

Las experiencias presentadas en las sesiones de trabajo del Nodo Centro hacen ciclos anuales y se armonizan con la planeación de las entidades o las instituciones que las lideran o de las entidades que las financian. Aunque no es manifiesto en las exposiciones, sí es posible identificar algunos sucesos dentro de ellas.

Los hitos se relacionan con el proceso. Encontramos, por una parte, experiencias con iniciativas radicalmente opuestas (algunas, sobre acciones colectivas que con el tiempo generan acciones con las personas y las familias en orientaciones individuales); por otra, experiencias que se inician en acciones con los niños y los jóvenes y sus familias, y con el tiempo redirigen a procesos en los escenarios colectivos.[8]

Otra forma de reconocer los hitos en su desarrollo es cuando se inician con un proceso de exploración de otras experiencias, la conformación del equipo técnico, la formación de los actores y la implementación del sueño. Por su parte, algunas experiencias más lo definen acorde con los actores; el proceso con las organizaciones incluye su fortalecimiento, la formación en política y el seguimiento a planes y con la comunidad en articulación, formación y seguimiento.

Se presentan también experiencias que se desarrollan según un modelo de investigación acción participativa, y sus hitos tienen dos características fundamentales: 1) tienen una temporalidad histórica, y 2) se expresan en la orientación que toma la experiencia año tras año, o con la vida propia de las experiencias que se transforman en relación con las actividades y las propuestas que se tienen, como en el caso de las universidades.

Las experiencias del Nodo Centro emergen, con pocas excepciones, durante la década 2000-2010, y su proceso está relacionado con transformar el concepto de discapacidad soportado en un modelo médico, a un modelo *social*, al haberse promulgado la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y en un contexto de políticas de focalización en el territorio nacional.

Los participantes del Nodo Centro concordamos en que estamos viviendo un momento donde nos hemos sentado a conversar y a escucharnos para aprender unos de otras y establecer nuevas relaciones, vínculos y conexiones.

Conclusiones

La ausencia de vínculos del sector productivo en las experiencias analizadas nos hace ver no solo la despreocupación, sino el temor de acercarnos a buscar respuestas desde allí, con propuestas reales de inclusión laboral, más allá de los esfuerzos de algunas asociaciones comunitarias por gestionar proyectos autoproductivos. El tema es, entonces, un asunto de corresponsabilidad; pero, ¿hasta dónde es verdadera inclusión lo que se genera, cuando las escasas respuestas que hay se operan y se disfrazan con el lema de la responsabilidad social? Parece, más bien, una caridad oficial, con mano de obra no calificada y a bajo costo, que sirve, sobre todo, al sector privado, para gozar de exenciones tributarias y para mostrar proyectos de responsabilidad social empresarial a costa de explotar a la población.

¿Por qué centrar la atención en la autonomía de individuo? ¿Por qué no profundizar en el sentido interrelacional e interdependiente del ser humano, que conlleva la construcción de comunidad, y no hacerle el juego al paradigma moderno, que establece el modelo del individuo liberal, autónomo, libre, capaz de autoproveerse y determinarse, y lo que genera son individualidades donde los sujetos hacen lo necesario para lograr sus fines, sin importar qué hacen con los demás, sean sus congéneres o el ambiente que los rodea? Este camino puede devolvernos al sentido de la RBC, como escenario de interrelación y sentido com-

8 La revisión de las actas de reunión del Nodo Centro, Red de Redes de RBC desarrolladas durante 2010, así: 1 de enero, 2 de febrero, 3 de marzo, 4 de mayo, 5 de junio, 6 de julio, 7 de agosto y 9 de octubre de 2010, y que alimentan las preguntas planteadas durante la presente sistematización.

partido, y a reconocer, entonces, que los colectivos con quienes trabajamos, y de los cuales formamos parte, nos necesitamos y construimos mutua y constantemente.

La mirada sobre las formas de nombrar la metodología usada nos invita a concebirla como una manera integral de pensar y de vivir. Las formas de concebir, de pensar el trabajo que hacemos, de emocionarnos frente a él, nos convoca a pensar el sentido de lo que hacemos. Reconstruir las formas como trabajamos nos permitirá comprender y actuar mejor sobre las diferentes relaciones entre las dimensiones implicadas en la estrategia: la económica, la social, la política, la cultural, la individual, la local, la nacional.

Repensar las estrategias usadas nos exige creatividad para leer las tensiones, las contradicciones y las interrelaciones presentes en la realidad; las prácticas transformadoras podrán potenciarse si comprendemos mejor los vínculos entre lo particular y lo general, entre lo concreto y lo abstracto, la práctica con la teoría, y lo individual con lo colectivo. Situar la estrategia en un lugar de despliegue de su sentido político significa situarse desde una posición profundamente crítica y creativa.

Es importante seguir explorando posibilidades para respondernos cómo mediante las maneras como desarrollamos la estrategia contribuimos a la construcción de subjetividades. ¿Es deseable seguir haciendo énfasis en potencializar las capacidades, o necesitamos desplazarnos para leer y actuar, en concordancia con los cambios macroestructurales, los ritmos cambiantes sutiles que se mueven en los territorios? Como ya se señaló, la forma como desplegamos la estrategia puede contribuir al desarrollo de individualidades o podemos optar por subjetividades más colectivas.

Referencias

1. Secretaría Distrital de Salud, Sense International. Manifiesto de Bogotá. En: Memorias IV Encuentro Colombiano de experiencias en rehabilitación basada en comunidad. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud, Sense International; 2007.

2. Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), et al. Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Documento de posición conjunta. Ginebra: OMS; 2004.

3. García S, Santacruz M, Carrillo M, et al. Cuadernos de discapacidad y rehabilitación basada en la comunidad. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2008.

4. Jara Holliday O. Sistematización de experiencias: un concepto enraizado en la realidad latinoamericana. Educac Pedag. 2008; 23:14-9.

Recibido para evaluación: 17 de diciembre de 2011
Aceptado para publicación: 24 de diciembre de 2014

Correspondencia
Myriam Cristina López Correa
Instituto Nacional para Ciegos (INCI)
Carrera 13 # 34-91
Bogotá, Colombia
mlopez@inci.gov.co.

https://doi.org/10.56085/isss.491

Brote de parotiditis en el centro penitenciario La Modelo, de Bogotá, Colombia, septiembre-diciembre de 2011

In center penitentiary bud of parotiditis the Model, of Bogotá, Colombia, September-December of 2011

No centro botão da penitenciária do parotiditis o modelo, de Bogotá, Colômbia, Setembro-Dezembro de 2011

Diana Milena Cucaita Muñoz[1]
Smith Edith Lozano Guevara[2]
José Jewel Navarrete Rodríguez[3]

Resumen

Antecedentes: El virus de la parotiditis es un paramyxovirus de la familia *Paramyxoviridae*. Ingresa al cuerpo humano por las vías respiratorias y se localiza en la glándula parótida, donde se reproduce; su único reservorio es el ser humano. Su contagio se da por contacto directo, a través de goticas infectadas; es altamente contagioso. En este trabajo se describirá un brote de parotiditis en la cárcel La Modelo, en Bogotá, Colombia; se describirá a las personas enfermas, el tiempo de duración del brote y qué medidas se tomaron para su control; se evaluará la efectividad del programa de notificación epidemiológica, si este responde a las necesidades de poblaciones especiales y qué aprendizajes quedaron de la experiencia en cuanto al control de este brote en particular. ***Métodos***: El presente es un estudio descriptivo transversal sobre el brote de parotiditis en el centro penitenciario (CP) La Modelo, en Bogotá. Se utilizó la información recolectada durante el brote por la Empresa Social del Estado (ESE) del Sur y el Nivel Central, de la Secretaria Distrital de Salud (SDS) de Bogotá. ***Resultados***: Se presentaron 330 casos de parotiditis entre los 6905 internos que se encontraban durante el periodo septiembre-noviembre de 2011 en el CP, y un caso en un funcionario del área de sanidad de la misma entidad; se reportaron 2 casos de complicaciones derivadas de la parotiditis. Fueron vacunados 4495 internos con vacuna trivalente (SRP), y 170, con vacuna doble viral (SR), y de los cuales se reportaron 2 eventos supuestamente atribuibles a vacunación e inmunización (ESAVI). ***Conclusión***: Un reporte

1 Médica epidemióloga (SDS).
2 Enfermera epidemióloga (ESE del Sur).
3 Médico veterinario. Epidemiólogo (SDS).

adecuado y oportuno, una óptima sensibilización en todos los componentes del sistema de vigilancia epidemiológica y la aplicación de medidas (entre otras, la vacunación) son necesarios para evitar la propagación de brotes de parotiditis en sitios de condiciones complejas como las cárceles, donde predominan el hacinamiento y ambientes higiénico-sanitarios cuestionables.

Palabras clave: parotiditis, prisión, centro carcelario, La Modelo

Abstract

Background: Mumps is an acute viral disease highly contagious caused by many viruses like Paramixovirus, Parainfluenza and Newcastle. It enters the body through the respiratory tract and is then located in the parotid gland where it reproduces. The only reservoir is the human body and contagion is given by direct contact with inflected droplets. This work describes a mumps outbreak occurred in the prison La Modelo in Bogota-Colombia, a description of the sick people, duration of the outbreak, and the control measures taken in a special population with complex sanitary and hygienic conditions are provided. The effectiveness of the epidemiological notification program is evaluated, as well as the knowledge acquired during the control of this particular outbreak. ***Methods:*** This is a descriptive cross-sectional study of the outbreak of mumps in the penitentiary center (CP) La Modelo in Bogota. Information was collected during the outbreak by the Hospital del Sur and the Central Level of the District Health Secretary of Bogota (SDS). Results: 330 cases of mumps were registered between September to November 2011 of the 6905 interns in the CP, one case was of a health staff member of the prison, two cases of complications derived from the virus were reported. 4495 interns were vaccinated with trivalent (SRP), and 170 with (SR) of which two people developed events supposedly attributable to vaccination and immunization. ***Conclusions:*** An optimal sensitization to all components of the prison's epidemiological surveillance system thus warranting an appropriate and timely report, also specific measures like the vaccination are necessary to prevent the spread of mumps outbreak in sites with complex conditions such as a prison where the overcrowding is predominate and were questionable sanitary hygienic environments exist.

Keywords: parotiditis, mumps, outbreak, prison, La Modelo.

Resumo

Antecedentes: O vírus da caxumba é um *paramixovírus* da família *Paramyxoviridae*, entra por via respiratória e está localizado na glândula parótida, onde se reproduz e o único hospedeiro é o homem, seu contágio ocorre com o contato direto por meio de gotículas infectadas e é altamente contagiosa. Este artigo descreve um surto de caxumba ocorrido na prisão La Modelo, em Bogotá – Colômbia. Serão relatados os casos de pesoas contagiadas, a duração do surto e as medidas tomadas para controlar a doença, como também avaliar a eficácia do programa de controle epidemiológico e se responde às necessidades da população em quesão e a aprendizagem envolvida no controle desse surto em particular. ***Métodos:*** caracteriza como um estudo descritivo transversal de um surto de caxumba no Centro Penitenciário (CP) La Modelo, em Bogotá. Foram utilizadas informações coletadas durante o surto pela Empresa Social do Estado (ESE), do Sul e do Nivel Central da Secretaria de Saúde de Bogotá (SDS). ***Resultados:*** foram diagnosticados 330 casos de caxumba nos 6905 presos durante os meses de setembro a novembro de 2011 no CP,

e um caso em um funcionário de saúde da mesma entidade, como também foi apresentado dois casos com complicações relatadas decorrentes caxumba. Foram vacinados 4495 detentos com trivalente (SRP) e 170 com (SR), dos quais foram notificados 2 eventos supostamente atribuíveis à vacinação e imunização (ESAVI). ***Conclusão:*** Um relatório adequado, oportuno e uma sensibilização de todo pessoal da vigilância epidemiológica e medidas de aplicação, incluindo a vacinação, são necessários para evitar a propagação do surto de caxumba em locais com condições complexas, tais como prisões, onde domina a superlotação e ambientes higiênicos sanitários questionáveis.

Palavras-chave: caxumba, surto, centro penitenciário, La Modelo.

Introducción

El virus de la parotiditis es un paramyxovirus de la familia *Paramyxoviridae*. Contiene ácido ribonucleico (ARN). El virus ingresa por las vías respiratorias y se localiza en la glándula parótida, donde se reproduce. Su único reservorio es el ser humano. El contagio se da por contacto directo, a través de goticas infectadas. Tiene un periodo de incubación de 16-18 días. Es contagioso desde 2 días antes del evento que involucra el aumento de volumen de la glándula parótida, y hasta 9 días después. La sintomatología incluye fiebre y aumento de volumen de las glándulas parótidas, que puede ser unilateral o bilateral; en algunos casos pueden estar involucradas las glándulas submaxilares (10%-15%). La orquitis es otra manifestación clínica (20%-30%), y ocurre después del aumento de volumen de las parótidas, o de una de ellas; puede llevar a la meningitis (hasta en el 15% de los pacientes), sordera neurosensorial (5 por 100 000) o a pancreatitis (4%) (1,2).

Desde 1960, se han fabricado de manera individual varias vacunas contra la parotiditis. Posteriormente, tal vacuna ha sido combinada: sarampión, parotiditis y rubeola (MMR); la vacuna de combinación MMR ha sido gradualmente introducida desde el inicio de la década de 1990 (3). Una vacuna antiparotidítica inactivada, autorizada en Estados Unidos en 1948 y utilizada entre 1950 y 1978, solo inducía inmunidad a corto plazo, con una eficacia protectora muy baja. Desde entonces, en Japón, en la antigua Unión Soviética, en Suiza y, de nuevo, en Estados Unidos se han perfeccionado vacunas vivas atenuadas: la vacuna Jeryl-Lynn, la vacuna RIT 4385 —la cual se preparó a partir del clon vírico dominante de la vacuna Jeryl-Lynn—, la vacuna Leningrado-3, la vacuna Leningrado-Zagreb, la vacuna Urabe Am9 y la cepa Rubini (4).

La administración de tales combinaciones puede causar eventos secundarios comunes asociados a las cepas de sarampión, e incluyen fiebre (producida en el 5%-15% de los vacunados) y erupciones en la piel (con una incidencia del 5%). En cuanto a las cepas de las parotiditis, después de la vacunación los eventos son raros; la fiebre y la parotiditis son los más comunes. La cepa de la rubéola puede producir fiebre, y en la piel, erupción cutánea o adenopatías, que ocurren en el 5%-15% de los vacunados, mientras que la artritis es el efecto secundario más común en las mujeres después de la pubertad: se produce en el 13%-15% de ellas (3). La meningitis aséptica, uno de los principales problemas como consecuencia de la infección por virus de parotiditis salvaje, ocurre en el 10%-30% de los casos. A lo largo de los últimos años, ha surgido una gran preocupación por la asociación de algunas cepas de vacuna antiparotidítica a esta enfermedad (5).

Brotes significativos de parotiditis han ocurrido recientemente en el Reino Unido, Canadá, y Estados Unidos, y ello realza la pertinencia continua de esta enfermedad aún en campañas extendidas de vacunación. En el mundo, el 57% de los países usa de forma rutinaria la vacuna contra la parotiditis, y el 43% restante (principalmente, los países de Asia y de África) no la incluye en sus esquemas de vacunación. En los esquemas de vacunación, 20 países incluyen una dosis de vacunación, y 89 de ellos, 2 dosis. La efectividad de la vacuna es de, aproximadamente, el 80% para una dosis, y del 90%, tras dos dosis; por ello, en algunos casos puede presentarse la enfermedad en personas vacunadas.

Varios países latinoamericanos, como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México, Panamá y Uruguay, han incluido la vacuna MMR en sus programas nacionales de vacunación (5). En Colombia, el control de esta enfermedad se inició en 1995, con la introducción de la vacuna triple viral (SPR) aplicada durante el primer año de edad y con refuerzo a los 5 años. A partir de 2000, se considera la enfermedad un evento de notificación obligatoria al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).

De 2001 a 2005, los departamentos que presentaron la mayor incidencia promedio durante dicho periodo, con una incidencia > 5 × 100 000 habitantes, fueron Arauca, Bogotá, D. C., San Andrés, Caldas, Boyacá, Cundinamarca, Casanare, Amazonas y Vaupés (1). Durante 2008 y 2009, se notificaron 2809 casos de parotiditis; el mayor número de reportes se dio en Bogotá, D. C., con 1090 casos (6).

La vacunación contra la parotiditis es indispensable para disminuir su incidencia, pero aún más importante es evitar las complicaciones que esta puede ocasionar, y así generar un aumento en la morbilidad y en la mortalidad de las personas que la padecen. Tanto en Colombia como en Brasil, uno de los objetivos de los programas nacionales de inmunización es mejorar el control de la rubéola y de la parotiditis, y erradicar el sarampión; para ello, la estrategia principal son las campañas de vacunación masiva (6).

Aunque existan campañas de vacunación masiva en Colombia, hay poblaciones en mayores condiciones de vulnerabilidad, tales como las poblaciones cautivas, y entre las que se encuentra la población de los centros penitenciarios, pues dichas personas, por sus características, tienen particularidades en cuanto a la atención en salud.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se puede formalizar mediante dos modalidades: 1) mediante el pago de una cotización a una empresa promotora de salud del régimen contributivo (EPS-C), y 2) a través de una empresa promotora de salud subsidiada (EPSS-S). El ingreso al servicio público esencial de Seguridad Social en Salud (SSS) en el régimen subsidiado les permite a los internos que se encuentran en centros penitenciarios a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) acceder al Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S), que, a su vez, en estos momentos se encuentra a cargo del operador en salud Caja de Previsión Caprecom EPS. El SGSSS para la población interna debe tener como prioridad que sus beneficiados obtengan, sin ninguna discriminación, el aseguramiento de sus riesgos en salud, el acceso equitativo a un paquete mínimo de salud con calidad (que, a su vez, incluye promoción y fomento de la salud, y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades), todo lo cual incluye el suministro de medicamentos, en todos los niveles de atención (7). Para el presente estudio, el operador en salud Caprecom lleva a cabo las acciones de salud en La Modelo, la cual es manejada por el INPEC.

Los objetivos del presente estudio son: 1) hacer la caracterización epidemiológica del brote; 2) determinar los posibles factores de riesgos asociados y la fuente de infección; 3) determinar la efectividad de la vacunación para controlar el brote de parotiditis y, finalmente, 4) brindar recomendaciones para el manejo de brotes de parotiditis en centros penitenciarios.

La cárcel La Modelo se edificó con el propósito de suplir la deficiencia que evidenciaba el Panóptico de Cundinamarca, para albergar a los llamados presos políticos y aumentar los cupos para futuros reclusos. Entre 1957 y 1960 fue adecuada La Modelo. En 1959 se terminó la construcción, para albergar a 1800 reclusos, y en enero de 1960 llegaron los primeros 600 internos, distribuidos en las celdas de cinco pabellones construidos en forma de cruz. Sin embargo, en 1997 estalló el problema del hacinamiento, con el 300%. Actualmente tiene una capacidad de 2800 personas privadas de la libertad (PPL), pero residen ella un total de 6800 internos, lo que nos arroja una sobreocupación igual al 246%.[4]

Métodos

El presente es un estudio descriptivo transversal sobre el brote de parotiditis en el CP La Modelo en Bogotá. Se utilizó la información recolectada durante el brote por la ESE del Sur y el Nivel Central de la SDS entre septiembre y diciembre de 2011, tiempo durante el cual se presentó el brote descrito para este trabajo. Se utilizaron las variables de tiempo, lugar y persona para describir el evento presentado; en especial, el programa Excel® para el análisis correspondiente. De igual forma, con este *software* se pudieron graficar los resultados.

Resultados

De acuerdo con la variable tiempo, se establece que el brote sucede por una fuente propagada; se observa que la transmisión del virus se presenta de persona a persona. El brote de parotiditis en el CP se desarrolló durante las semanas epidemiológicas 36-47, con una duración de 77 días. El caso índice (1) inicia síntomas

4 Informe del 23 de diciembre de 2011(Caprecom).

el 6 septiembre de 2011, en el patio 1B, y el último caso inicia síntomas el 22 de noviembre de 2011, en el patio 2B.

Se presenta un ascenso en el número de casos a partir de la semana 39, con un pico en la semana 43, que corresponde a una actividad de búsqueda activa realizada en cada patio del CP, y en la cual se detecta el mayor número de casos de parotiditis, correspondiente a 195. El número de casos desciende a partir de la semana 44 y llega a cero casos a partir de la semana 48, aunque en esa misma semana se reportan 2 casos de parotiditis que se corresponden a ESAVI. En las semanas 45 y 46, se hace vacunación a 4665 internos de los diferentes patios (figura 1).

De acuerdo con la variable lugar, la distribución geográfica de los casos permite identificar la dirección de propagación del virus entre los internos de los diferentes patios; se identifica así que el caso índice inicia en septiembre en el patio 1B. Seguidamente se presentan casos en los patios 2A y 2B, dada la cercanía geográfica, y se presenta un caso aislado el ala sur en el patio 3.

En octubre siguen presentándose casos nuevos en ala norte, en los patios 1A, 1B, 2A, 2B, y partir del 15 de octubre se identifican casos en ala sur, en los patios 4 y 5, para un total de 279 casos en este mes.

En noviembre, los casos se concentran, nuevamente, en el ala norte, en los patios 1A y 2B, donde se presenta el último afectado, quien inicia síntomas el 22 de noviembre (figura 2).

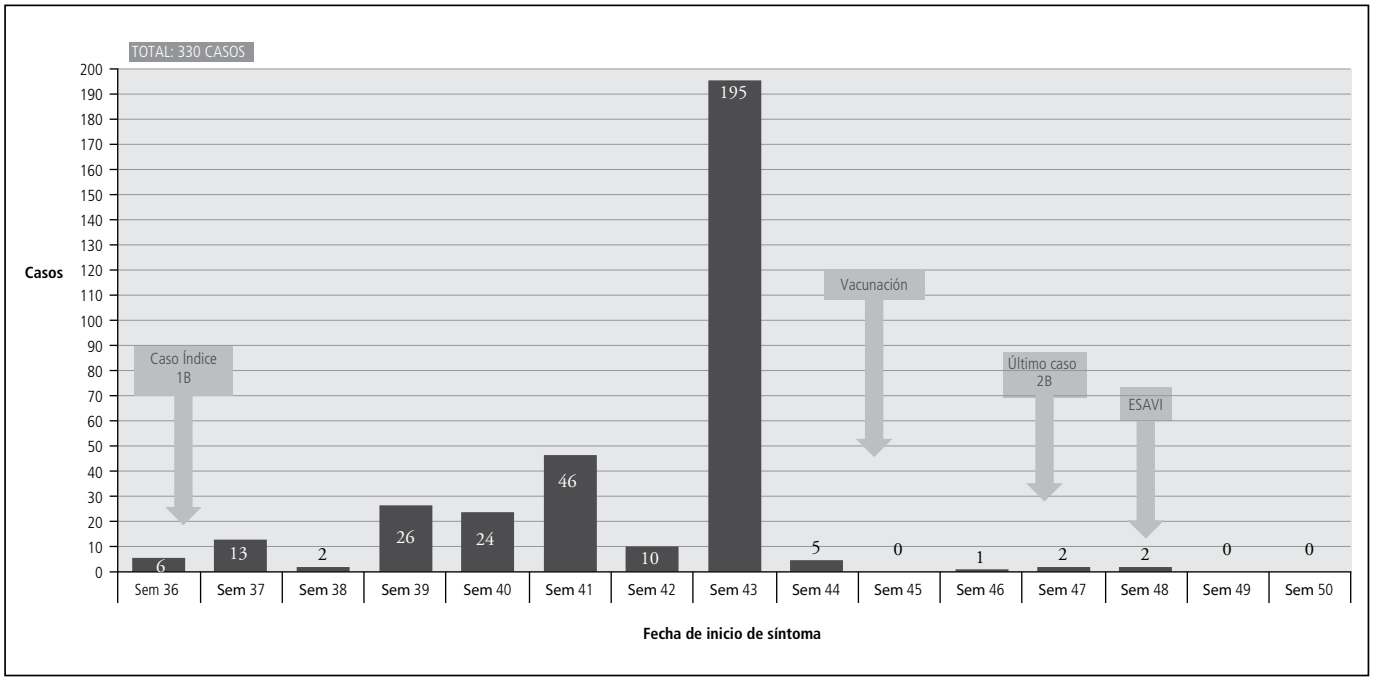
De acuerdo con la variable persona, los casos presentados en el brote de parotiditis de la CP La Modelo por sexo se distribuyen así: sexo femenino: una auxiliar/60 mujeres que laboran en la cárcel = 1,7% (un caso); y sexo masculino: 329/6905 internos = 4,7% (329 casos). Por edad, los casos presentados oscilan entre los 18 y los 56 años, con un promedio de 28 años.

En total, las personas afectadas fueron 330; la tasa de ataque general fue del 4,78%. En el ala norte se presentaron 133 casos de 2388 expuestos, con una tasa de ataque del 5,6 %, mayor que en el ala sur. En el ala sur, en total, se presentaron 197 casos de 4024 expuestos, con una tasa de ataque del 4,9%; esta ala tiene a 1636 internos más que el ala norte, y presenta 64 casos más de parotiditis respecto al ala norte (tabla 1).

Distribución de síntomas, y complicaciones

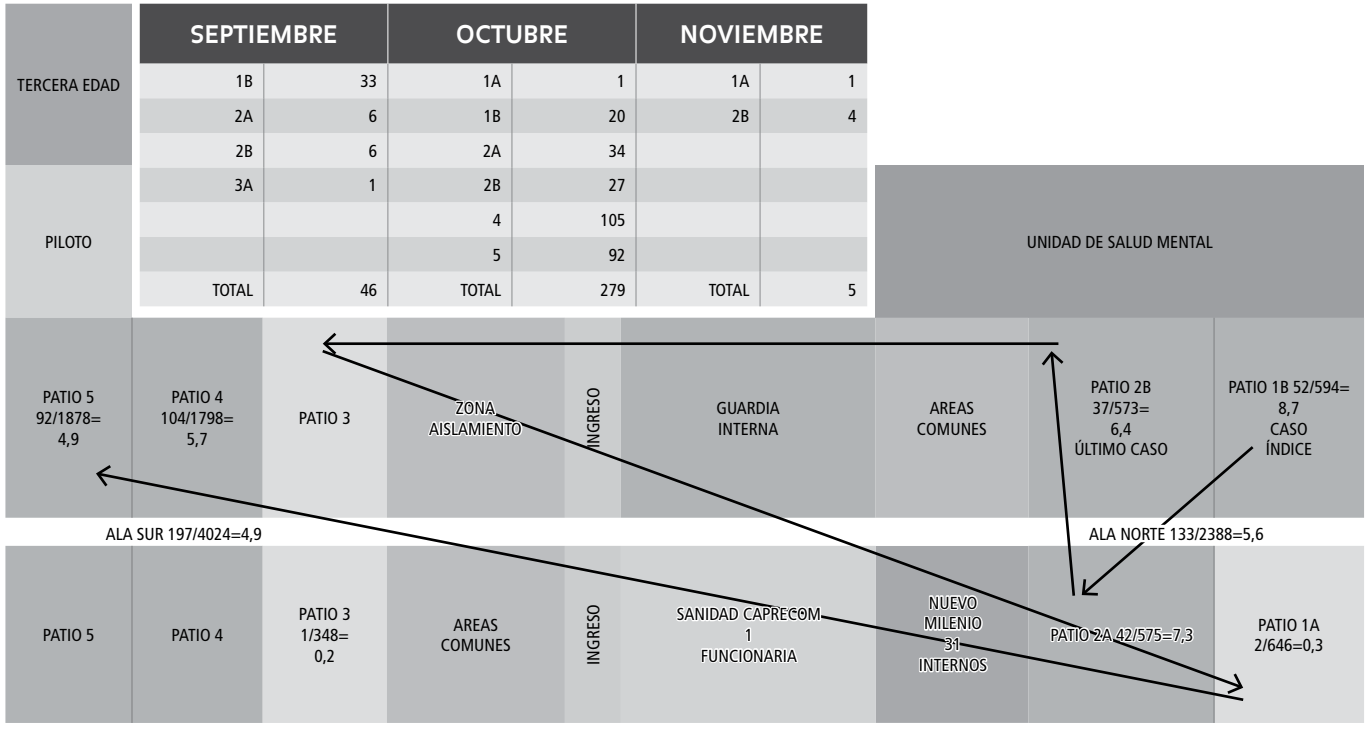
Dadas las características del CP, se presentan dificultades para entrevistar a cada uno de los internos afectados, y las fichas de notificación presentaron falencias en cuanto a la descripción de síntomas; además, se

Figura 1. Curva epidémica brote de parotiditis, CP La Modelo, Bogotá, septiembre-noviembre de 2011



Fuente: Base de datos, brote de parotiditis CP La Modelo. Hospital del Sur, septiembre-noviembre de 2011.

Figura 2. Mapa del CP, y distribución de tasas de ataque por patio. Bogotá, septiembre-noviembre de 2011



Fuente: Base de datos, brote de parotiditis CP La Modelo. Hospital del Sur, septiembre-noviembre de 2011.

Tabla 1. Tasas de ataque por patio. CP La Modelo, Bogotá, D. C., septiembre-noviembre de 2011

Patio	Afectados	Expuestos	Tasa ataque
1A	2	646	0,31
1B	52	594	8,75
2A	42	575	7,3
2B	37	573	6,46
TOTAL ALA NORTE	**133**	**2388**	**5,57**
3	1	348	0,29
4	104	1798	5,78
5	92	1878	4,9
TOTAL ALA SUR	**197**	**4024**	**4,90**
Otros patios	0	493	0
TOTAL	**330**	**6905**	**4,78**

n= 329 internos, más 1 auxiliar de enfermería del área de sanidad

Fuente: Base de datos, brote de parotiditis CP La Modelo. Hospital del Sur, septiembre-noviembre de 2011.

omiten en ellas variables como el antecedente vacunal y la presencia de complicaciones derivadas de la parotiditis; por ejemplo: orquitis, encefalitis y pancreatitis.

Por todo lo anterior; fue necesario calcular una muestra para hacer entrevistas personalizadas, con el fin de conocer la información faltante en la visita realizada por el Hospital del Sur, en compañía de la SDS. En total, se entrevistó a 63 internos enfermos; además, se tomaron muestras de orina, de sangre e hisopado a 20 de ellos, para confirmar el diagnóstico por laboratorio.

En los 63 enfermos entrevistados se halló que el 71,4% de esas personas presentaron fiebre; el 46%, cefalea; el 28,6%, vómito, y el 100%, inflamación, por cuanto este es el síntoma característico de la parotiditis. Las complicaciones se han presentado en un porcentaje bajo: la orquitis es la complicación manifestada, hasta el momento, por el 3,2% de los encuestados (tabla 2).

Jornada de vacunación

Se utilizó la vacuna Leningrado-Zagreb trivalente sarampión-parotiditis-rubéola (MMR), del Instituto Serum de la India. Vía de aplicación: subcutánea, en la región deltoidea. Dosis: 0,5 ml, con aguja calibre 25 G × 5/8". Presentación: liofilizada y provista con diluyente.

Durante las semanas 45 y 46, entre el 8 y el 14 de noviembre de 2011, se hace vacunación a 4665 internos de los diferentes patios. Se vacunó a los internos con dos tipos de biológicos: de sarampión rubéola (SR) se aplicaron, en total, 170 dosis a internos que ya habían padecido parotiditis; y de sarampión rubéola y parotiditis (SRP), en total, 4495 dosis.

En la semana 48 se reportan 2 casos de parotiditis; después de analizarlos, se define que corresponden a ESAVI, pues inician síntomas después de la vacunación, como leve inflamación de las parótidas, de pocos días de duración, y dolor leve; además, se encontraban dentro del periodo de incubación a lo largo del cual se podía presentar dicho evento.

Durante la jornada no se vacunó a personas que hubieran padecido parotiditis en cualquier momento de su vida; tampoco, a personas con síntomas o que en el momento de la jornada de vacunación estuvieran cursando con parotiditis, ni a la población adulta mayor de 40 años ni a personas que demostrasen con carné de vacunación dos dosis de SRP en cualquier momento de sus vidas. La población de 18 y 19 años que hubiera padecido parotiditis y no certificara vacunación previa SR recibió una dosis de esta (figura 3).

Discusión

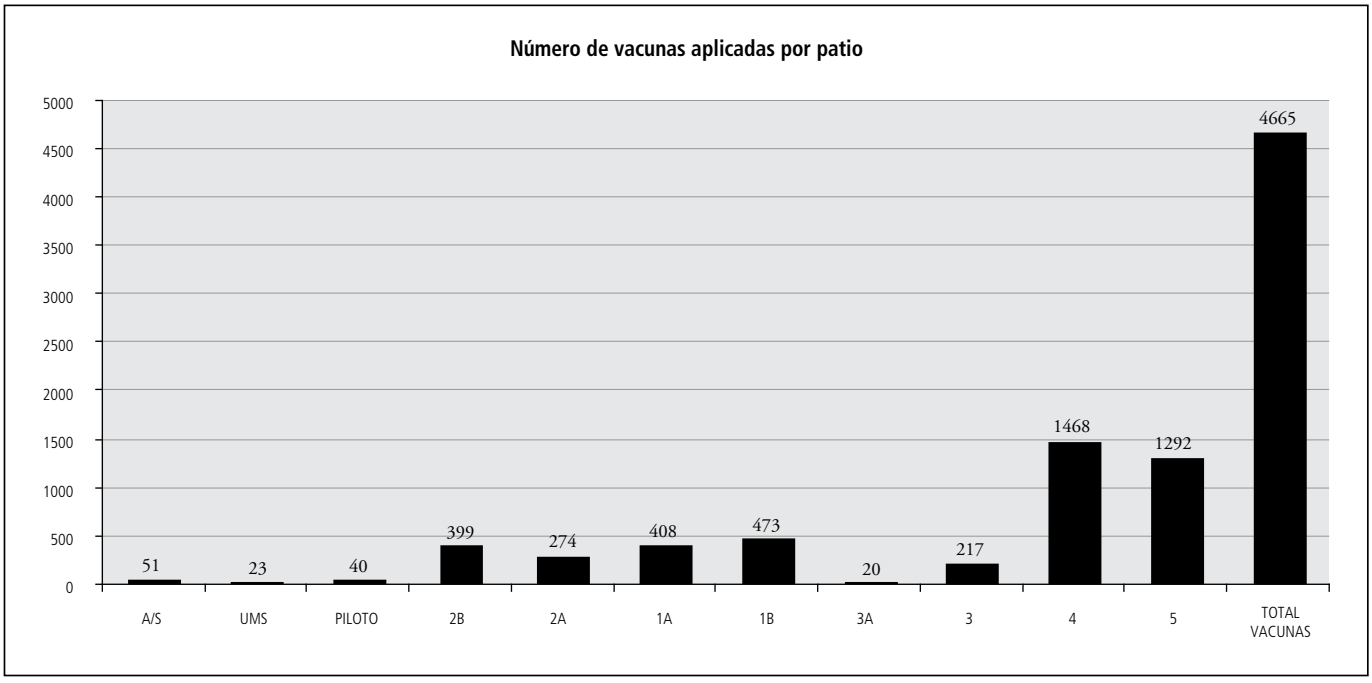
Los centros penitenciarios se pueden definir como usuarios y actores del sistema Nacional de Vigilancia en salud pública (SIVIGILA), pues demandan información del sistema; dicha información obtenida deberá utilizarse para: estimar la magnitud de los eventos de interés en salud pública; detectar cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación de los eventos; detectar brotes y epidemias, y orientar las acciones específicas de control; identificar los factores de riesgo o los factores protectores relacionados con

Tabla 2. Distribución porcentual de signos y síntomas, y complicaciones en enfermos. CP La Modelo, Bogotá, septiembre-noviembre de 2011

Síntomas	Frecuencia	%
Inflamación	63	100
Fiebre	45	71,4
Cefalea	29	46,0
Vómito	18	28,6
Complicaciones	SI	%
Orquitis	2	3,2
Encefalitis	0	0
Pancreatitis	0	0
Total	**2**	**3,2**
n= 63 enfermos		

Fuente: Base de datos, brote de parotiditis CP La Modelo. Hospital del Sur, septiembre-noviembre de 2011.

Figura 3. Número de dosis de vacuna SR-SRP aplicadas por patio. CP La Modelo, Bogotá, D. C., septiembre-noviembre de 2011



Fuente: Base de datos, brote de parotiditis CP La Modelo. Hospital del Sur, septiembre-noviembre de 2011.

los eventos de interés en salud; identificar necesidades de investigación epidemiológica; facilitar la planificación en salud y la definición de medidas de prevención y control; facilitar el seguimiento y la evaluación de las intervenciones en salud; orientar las acciones para mejorar la calidad de los servicios de salud, y orientar la formulación de políticas en salud pública.

En cuanto a las tasas de ataque por patio, se observó que en el ala norte se presenta un total de 133 casos de 2388 expuestos, con una tasa de ataque del 5,6%, y en el ala sur, 197 casos de 4024 expuestos, con una tasa de ataque del 4,9%. Esta última ala, a su vez, tiene a 1636 internos más que el ala norte y presenta 64 casos más de parotiditis respecto al ala norte.

Las condiciones de hacinamiento del CP, su distribución geográfica, la cercanía entre los patios y el desplazamiento de los internos favorecieron la propagación del virus entre los internos. El brote se inicia en el ala norte, durante septiembre; en octubre pasa al ala sur, donde se presenta el mayor número de casos, y finaliza nuevamente en el ala norte, donde se presenta la mayor tasa de ataque. Frente a esta situación, se intentó controlar el desplazamiento de personal.

El establecimiento de la vigilancia activa permitió identificar nuevos casos, controlar las complicaciones derivadas de la parotiditis y los posibles eventos adversos seguidos a la vacunación, tales como la encefalitis, a través de controles plaquetarios en internos, y mejorar la eficacia de medidas de control como el aislamiento de enfermos en el patio de alta seguridad y la restricción de visitas.

La vacunación masiva disminuyó el número de personas susceptibles, lo cual se refleja en la disminución del número de casos.

Algunos de los factores de riesgo que fueron determinantes en la propagación del brote, identificados en un estudio en China (2), estuvieron presentes en el brote objeto de este trabajo, sin registro adicional de antecedentes en Colombia; dichos factores incluyeron:[5]

- Sobreocupación.
- Acueducto y alcantarillado deficientes.

5 Informe del 23 de diciembre de 2011 (Caprecom).

- Hábitos inadecuados.
- Menaje compartido.
- Cigarrillos y otros, también compartidos.
- Ventilación deficiente.

Medidas de control

Dentro de las medidas de control que se instauraron de forma concertada con el personal del INPEC, Caprecom y la SDS (ESE del Sur y Nivel Central) estuvieron:

- Educación sobre la enfermedad y sobre medidas preventivas, a través de internos promotores de salud.
- Aislamiento de personas enfermas; confirmación de casos por laboratorio clínico.
- Detección por búsqueda activa de casos, y valoración médica inmediata.
- Se mantuvo la restricción de visitas en los siguientes grupos: menores de 2 años, gestantes que cursen primer trimestre y personas mayores de 60 años.
- Control de visitantes de ONG, de organizaciones religiosas y de las demás organizaciones que tengan contacto con población masiva.
- Control de desplazamientos de internos entre patios, aéreas comunes y otros centros carcelarios.
- Se estableció el uso de tapabocas permanente entre el personal interno, los guardias, quienes lleven a cabo traslados, todo el personal que labora en la institución y los visitantes.
- Se intensificaron medidas de limpieza y desinfección en el menaje de cocina.
- Jornadas de vacunación a la población de internos y de guardianes.
- Vigilancia a la población más vulnerable (pacientes VIH positivos, etc.).
- Monitoreo permanente de nuevos casos, de complicaciones y de ESAVI.

Lecciones aprendidas y conclusiones

La experiencia en el control de eventos transmisibles en la cárcel La Modelo generó nuevos conocimientos sobre el manejo de un brote (en este caso, parotiditis) en la población carcelaria del país. Como consecuencia, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS), entre otros, ajustaron lineamientos para atender enfermedades en los reclusorios del país; en dicho trabajo participaron el INPEC, Caprecom y otros actores involucrados.

Las situaciones particulares en una entidad carcelaria, tales como el hacinamiento, el acceso restringido, las condiciones inadecuadas en general y la dificultad para el aislamiento de los pacientes enfermos, entre otros aspectos, hicieron que este brote en particular implicara retos para todos los actores del SGSSS.

En primer lugar, hubo retos para la cárcel como tal, pues debió, en su momento, ajustar esquemas de trabajo para hacer una notificación más expedita del evento. Para la ESE, el desafío fue revisar y ajustar los procesos para la captura de información. La SDS, por su parte, tuvo que repensar el manejo de situaciones en brotes en condiciones especiales. El INPEC y su operador de salud, Caprecom, debieron asumir el control de un brote de amplia magnitud con el personal disponible y con el apoyo de la SDS reorganizando dentro del establecimiento los protocolos de atención y reforzando la vigilancia epidemiológica.

Estas son algunas de las acciones que se llevaron a cabo y fueron fundamentales para el control del brote:

- Involucrar a todos los actores necesarios para dar respuesta integral; esto es: la SDS, la ESE del Sur, el INPEC, Caprecom y el Ministerio de Salud y Protección Social; no se deben comenzar acciones independientes ni tardías.
- Se requiere un protocolo para atender brotes entre la población cautiva, con énfasis en las cárceles. Al momento de la publicación del presente artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social prepara el lanzamiento del respectivo documento, el cual señala a los responsables y las responsabilidades del caso.
- Reconocer cuándo ha sido sobrepasada la capacidad del nivel local para dar respuesta a tal tipo de situaciones.

- La estrategia de vacunación (en este caso, SR-SRP) sí fue efectiva en poblaciones con las características apremiantes, y fue contundente en el control de la enfermedad. El seguimiento de los ESAVI, junto con la explicación a la personas sobre lo que se puede esperar al vacunarse, es necesario para hacer el control respectivo.

- Algunas medidas de control (aislamiento y restricción de las visitas) fueron necesarias; sin embargo, aun con las explicaciones a la comunidad sobre por qué se tomaron, implicaron la no visita por familiares durante casi un mes (situación compleja en personas que solo ven una vez a la semana a su familia) y el aislamiento de los enfermos, con lo cual algunos, deliberadamente, se negaron a notificar la enfermedad, por miedo a perder el contacto con los suyos durante los horarios de visita.

La notificación de los eventos en salud presentados en poblaciones cautivas debe hacerse de inmediato al respectivo ente territorial en salud; no importa si son pocos los casos iniciales, pues, muy seguramente, como ocurrió en este caso, con la implantación de medidas al inicio del brote el número de personas afectadas quizá habría sido menor. No son excusables demoras en ninguno de los componentes del sistema.

Por otro lado, las condiciones de seguridad propias de un establecimiento carcelario pueden dificultar el acceso por parte del personal de salud a la caracterización del brote y la ejecución de acciones como la vacunación; en tal sentido, son indispensables un adecuado acompañamiento y una buena coordinación, así como explicaciones claras, no necesariamente técnicas, a las personas retenidas sobre lo que está pasando y qué se está haciendo para evitar el avance, en este caso, del brote.

Agradecimientos

A todo el personal de la cárcel La Modelo (incluidos los internos y sus familias); al INPEC; a Caprecom; al Ministerio de Salud y Protección Social; a la SDS, y a la ESE del Sur, que hicieron posible conseguir la información y ejecutar las acciones que permitieron el control del brote.

Referencias

1. Grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles (Eventos inmunoprevenibles). Protocolo de Vigilancia de Parotiditis, INS (Instituto Nacional de Salud) Bogotá, 2009, página 2-6.

2. Chuanxi F, Jianhua L, Ming W. Matched case-control study of effectiveness of live, attenuated S79, Mumps Virus Vaccine against Clinical Mumps. Clin Vaccine Immunol. 2008;15:1425-8.

3. Boaventura A dos S, Tani SR, Marilina B, et al. An evaluation of the adverse reaction potential of three measles-mumps-rubella combination vaccines. Pan Am J Public Health. 2002;12:240-6.

4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Documento de posición de la OMS, Vacunas antiparotidíticas [internet]. s. f. [citado 2011, dic. 1]. Disponible en: http://www.who.int/immunization/mumps_Spanish.pdf

5. Martín Peña A, Riedeman S, Garrido E. Parotiditis y vacuna antiparotídica: perfil de seguridad de las cepas del virus de parotiditis en las vacunas combinadas trivalentes. Arch Venez Pueri Pediatr. 2002;65:68-75.

6. Colombia, Ministerio de la Protección Social (MPS), Centro Nacional de Enlace. Informe epidemiológico mensual, semanas epidemiológicas 1-53 de 2008 a 1-8 de 2009. Bogotá: INS, MPS.

7. Colombia, Ministerio de la Protección Social (MPS). Guía para la vigilancia y control de eventos de interés en salud pública en establecimientos carcelarios y penitenciarios, en construcción (2001-2012). Bogotá: MPS; 2012.

Recibido para evaluación: 24 de mayo de 2012
Aceptado para publicación: 22 de diciembre de 2014

Correspondencia
José Jewel Navarrete Rodríguez
Vigilancia en salud pública
Secretaría de Salud de Bogotá
Carrera 32 # 12-81
Jjnavarrete@saludcapital.gov.co

https://doi.org/10.56085/isss.492

Plan distrital de ciencia, tecnología e innovación para la salud de Bogotá

Distrital plan of science, technology and innovation for the health of Bogotá

Planta de Distrital da ciência, da tecnologia e da inovação para a saúde de Bogotá

Luz Myriam Díaz Pardo[1]
Alix Solángel García Ruíz[2]

Resumen

Desde el nivel nacional se ha venido impulsado un proceso de regionalización en ciencia, Tecnología e Innovación (CTI), orientada a la elaboración de planes territoriales y definición de prioridades desde lo local, en este sentido Bogotá apoyado por Colciencias hizo en el 2010 un primer ejercicio con la participación de diferentes actores del Sistema y otros sectores. A pesar de estos avances, según el reporte de la agencia de noticias de la Universidad Nacional de septiembre del 2013, "la inversión para investigaciones sigue sin sobrepasar el 0,5% del PIB y las regalías para el sector de ciencia, tecnología e innovación no son suficientes. Para que el sistema funcione se necesitan recursos y políticas claras". En este sentido es importante que se cuente con una Política en CTI para la salud, la cual debe considerar las prioridades de la investigación para la salud de Bogotá y proponer mecanismos de implementación, orientar la asignación de recursos y concertar los resultados esperados, de acuerdo con las necesidades actuales de la ciudad, y las necesidades planteadas por la sociedad, así como las propias de conocimiento del sector. Bogotá en consonancia con lo anterior en convenio con MALOKA, propuso el Plan de ciencia, tecnología e innovación para la salud, el cual ha permito avanzar en la consolidación de nuevos espacios y las alianzas con actores estratégicos del sistema, este articulo describe la estructura del Plan de Ciencia Tecnología e Innovación para la Salud en Bogotá.

Palabras clave: plan, agenda, investigación, conocimiento

1 Trabajadora social. Especialista en gerencia social. Profesional especializada en investigaciones y cooperación de la SDS de Bogotá.

2 Terapista ocupacional. Magíster en Desarrollo educativo y social. Coordinadora investigaciones y cooperación de la SDS de Bogotá.

Abstract

From the national level has been driven a process of regionalization in Science, Technology and Innovation (CTI), aimed at the development of spatial plans and setting priorities from local, in this sense Bogotá supported by Colciencias made in 2010 a first exercise with the participation of different actors of the system and other sectors. Despite these advances, the report of the news agency of the National University of September 2013, "the investment research still exceed 0.5% of GDP and royalties for the sector of science, technology and innovation are not enough. To make the system work resources and clear policies are needed. " In this regard it is important that ensures an STI policy for health, which must consider the research priorities for the health of Bogotá and propose implementation mechanisms guide the allocation of resources, and coordinate the expected results, according with the current needs of the city and the needs expressed by society and their own knowledge of the sector. Bogotá consistent with the above in agreement with MALOKA proposed Plan of science, technology and innovation for health, which has enabled progress in building new spaces and partnerships with strategic players in the system, this article describes the structure of Plan for Science, Technology and Innovation for Health in Bogotá.

Keywords: plan, appointment book, research, cognition

Resumo

A partir do nível nacional se impulsionou um processo de regionalização em Ciência, Tecnologia e Inovação (CTI), orientada à elaboração de planos territoriais e definição de prioridades de local, neste sentido Bogotá apoiado por Colciencias realizou em 2010 um primeiro exercício com a participação de diferentes atores do Sistema e de outros setores. Apesar desses avanços, segundo o relatório da agência de notícias da Universidade Nacional de setembro de 2013, "os investimentos em pesquisa segue sem ultrapassar 0,5% do PIB e os royalties para o setor de ciência, tecnologia e inovação não são suficientes. Para que o sistema funcione são necessárias políticas claras". Neste sentido, é importante contar com uma Política de CTI para a saúde, que deve considerar as prioridades da pesquisa para a saúde de Bogotá e propor mecanismos de implementação, orientar a atribuição de recursos, e coordenar os resultados esperados, de acordo com as necessidades atuais da cidade e as necessidades expressas pela sociedade, assim como o próprio conhecimento do sector. Bogotá em consonância com o anterior, e em convênio com MALOKA, proponde o Plano de ciência, tecnologia e inovação para a saúde, o que tem permitido avançar com a consolidação de novos espaços e parcerias com os atores estratégicos do sistema, este artigo descreve a estrutura de Plano de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em Bogotá.

Palavras-chave: plano, agenda, pesquisa, conhecimento

Introducción

Bogotá es el centro político, económico, y sociocultural donde se toman las principales decisiones en relación con el crecimiento y el desarrollo de la población colombiana. Desde el 2010, en Bogotá, se han venido generando procesos de cambio y de fortalecimiento institucionales, con el fin de orientar y proporcionar mayor fuerza a los derroteros del desarrollo económico, social, ambiental y de competitividad de Bogotá.

En la Agenda Regional de Ciencia, Tecnología e Innovación para Bogotá y Cundinamarca de 2005, se presenta un diagnóstico sobre la oferta de ciencia y tecnología, donde se muestra que la ciudad y la región concentran la mayor parte de las capacidades y de los resultados en ciencia, tecnología e innovación, expresado ello en: centros de desarrollo tecnológico; universidades; proyectos conjuntos con grupos de investigación y con empresas; publicaciones científicas; número de doctorados, entre otras. Sin embargo, es necesario seguir su construcción articulando sectores como el Estado, la comunidad científica, los complejos productivos y la sociedad civil.

La Secretaría Distrital de Salud (SDS), a través del proyecto "Conocimiento para la Salud", del Plan Territorial de Salud 2012-2016, da cumplimiento a una de las funciones rectoras contenidas en el Decreto 122 de 2007, en el sentido de "Dirigir, coordinar, monitorear y evaluar el desarrollo administrativo, científico y tecnológico del sector, mediante el fortalecimiento del proceso investigativo, la formación académica, capacitación, asesorías, oferta de información y la cooperación entre actores para la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas en salud en Bogotá", dentro del conjunto de normas que regulan el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), así como en relación con los compromisos asumidos dentro de la Política y el Plan Distrital de Ciencia Tecnología e Innovación.

Por otro lado, dentro del marco del Plan de Desarrollo Bogotá Humana: 2012-2016, en su Capítulo II, en el eje 1 "Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo", incluye entre sus objetivos "Ampliar las capacidades que permitan a la ciudadanía la apropiación de saberes. Estimular la producción y apropiación social de ciencia, tecnología, la creación e innovación para el desarrollo del conocimiento científico, mediante la investigación básica y su aplicación en procesos de innovación social, creativa y productiva que permitan fortalecer las capacidades endógenas".

Lo anterior plantea la necesidad de contribuir a la articulación institucional entre los actores públicos y privados en la ciudad, para maximizar recursos y capacidades que permitan apoyar al sector empresarial, al tejido académico de investigación y a las organizaciones sociales del territorio en la generación y la apropiación de conocimiento.

Con el apoyo de Colciencias, la SDS llevó a cabo en 2010 un primer ejercicio, para construir, con la participación de diferentes actores distritales y nacionales, la agenda distrital de ciencia, tecnología e innovación en salud. A partir del mencionado proceso, surge la necesidad de formular el plan de ciencia, tecnología e innovación para la salud, el cual pretende orientar dicho quehacer en la ciudad, de tal manera que contribuya en el propósito de alcanzar una sociedad más humana, equitativa y sustentable, para lo que resulta esencial la inversión de la ciudad en ciencia, tecnología e innovación para la salud.

El objetivo general del Plan es: "Impulsar la generación, intercambio y uso del conocimiento, del desarrollo tecnológico y de la innovación, para la equidad en salud en Bogotá y su región de influencia, mediante el fortalecimiento de la capacidad de grupos y redes en la ciudad y la movilización y la interacción de las comunidades, las organizaciones sociales, la academia, los centros de investigación, las empresas y el gobierno".

Para la construcción del plan, se partió de una revisión documental sobre la situación actual de ciencia, tecnología e innovación (CTI) en Bogotá, en términos de capacidades, gobernabilidad, capital intelectual y prioridades de investigación, con el fin de disponer de un análisis sobre las principales necesidades de salud de la población. A partir de dicho ejercicio, se estableció una consulta con diferentes grupos de interés y la mirada de los investigadores sobre cuáles deben ser los temas prioritarios contenidos en una agenda de investigación que se dirija a entender y a contribuir en la solución de las inequidades en salud.

De igual manera, se desarrollaron varias jornadas de discusión del equipo investigador, así como mesas

de trabajo en torno a los temas ya señalados, y las cuales estuvieron integradas por actores del sector salud (públicos y privados), de sectores del Estado, de la comunidad científica, del complejo productivo y de la sociedad civil en general.

Así, el plan proyecta unas líneas de acción, las cuales son:

a. ***Gobernabilidad y gobernanza:*** Entendida como el fortalecimiento de la capacidad, por parte de la SDS, para formular e implementar políticas en CTI en el ámbito Bogotá-región y armonizar la interacción de los diferentes agentes en la intersección del SGSSS y el sistema de CTI en el territorio; además, se plantea como objetivo "Fortalecer la gobernabilidad y la gobernanza para la investigación, la innovación y el desarrollo tecnológico en salud en Bogotá".

b. ***Fortalecimiento de la capacidad en investigación, desarrollo tecnológico e innovación de la Secretaría Distrital de Salud y la red adscrita:*** Se parte del "quehacer de la SDS y su red adscrita y se fundamenta en el uso del conocimiento, la adaptación y apropiación de los desarrollos tecnológicos y la innovación y la generación de nuevos conocimientos". Se requiere, entonces, el reconocimiento y fortalecimiento del valor de su capital intelectual, representado en activos intangibles como el conocimiento y la experiencia del talento humano, la información, los procesos estandarizados y las redes institucionales y comunitarias, entre otros. Esta línea tiene por objetivo "Propiciar las condiciones y medios para que la SDS y la red adscrita se constituyan en una instancia de generación, intercambio y uso del conocimiento, con el fin de impulsar un proceso constante de avance y cualificación de su quehacer y de su impacto sobre la salud de los habitantes de la ciudad".

c. ***Agenda priorizada en ciencia, tecnología e innovación para la salud:*** Hace referencia al proceso iterativo de consenso entre los grupos de interés del sistema de CTI y del Sistema de Seguridad Social en Salud, en torno a unas prioridades hacia las que se debe orientar la inversión en investigación, desarrollo tecnológico e innovación, con el fin de que estas actividades contribuyan significativamente a transformar, de manera efectiva y con equidad, las condiciones de salud de la población del Distrito Capital y su región de influencia; más aún, al tratarse de una ciudad de grandes dimensiones, donde confluyen lo global, lo nacional y lo regional, es posible identificar temáticas sobre determinantes sociales de la salud comunes que deben ser objeto del interés dentro de una agenda. Por todo lo anterior, el objetivo propuesto es "Identificar, actualizar periódicamente e impulsar una agenda de temas prioritarios de investigación, desarrollo tecnológico e innovación para la equidad en salud de Bogotá, con el concurso de los diferentes actores del Sistema Regional de CTI".

d. ***Apropiación social del conocimiento:*** El objetivo último de las actividades de CTI es que el resultado de estas pueda ser apropiado y aprehendido por la sociedad; es solo en la medida en que eso ocurra como la CTI para la salud tiene un valor real social; el logro de dicho objetivo acerca a la sociedad a la ciencia, y a esta, a la sociedad. Por lo tanto, dicha línea plantea como objetivo "Propiciar las condiciones que posibiliten la incorporación del conocimiento en la toma de decisiones en la política pública, la prestación de servicios y en el cuidado de la familia y los individuos".

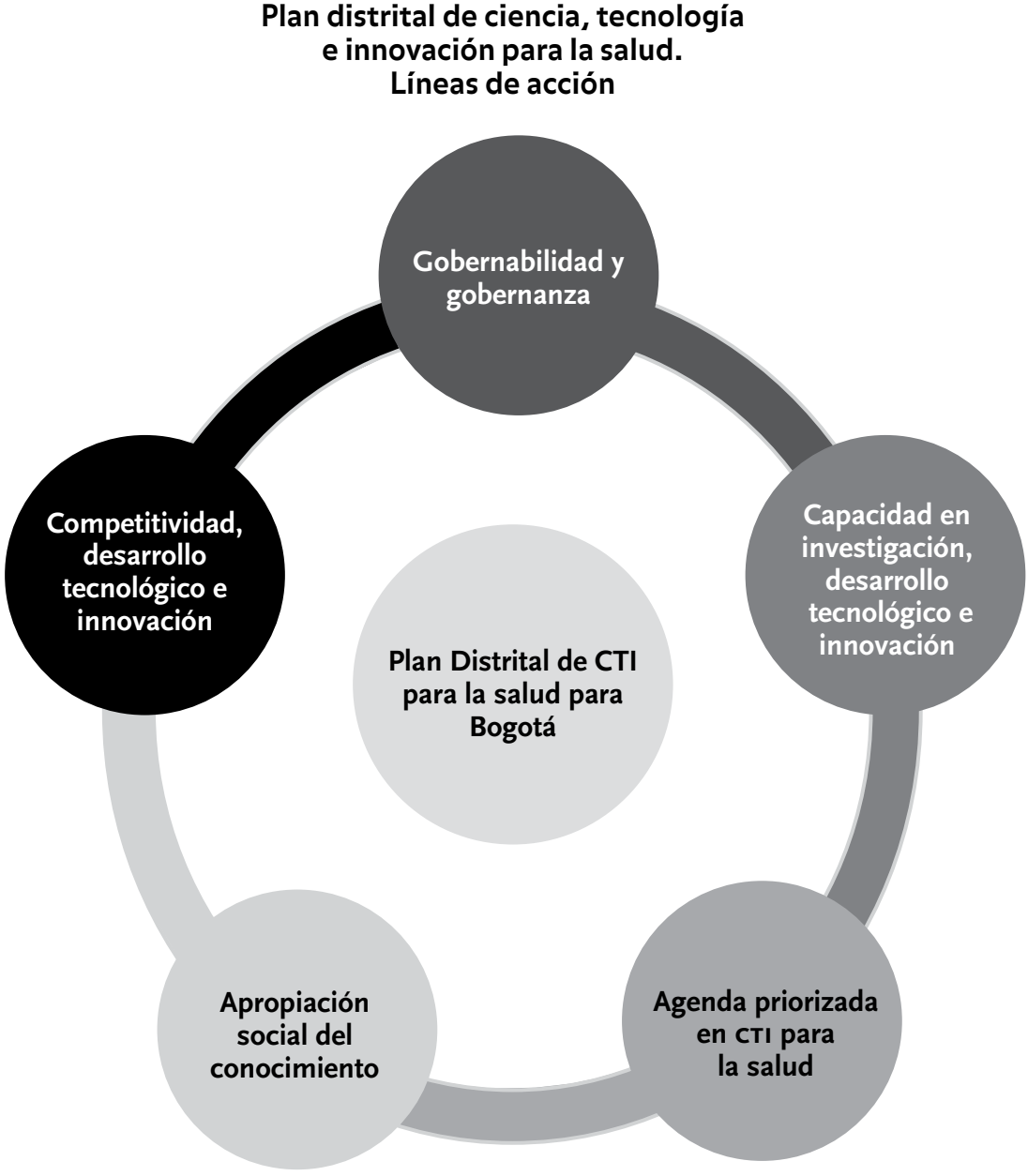
e. ***Competitividad, desarrollo tecnológico e innovación para la salud:*** Se refiere a la producción y la democratización de bienes y servicios de salud, en alianza y mediante redes entre diferentes actores, y que estén al alcance de las comunidades de la ciudad-región, a través de la promoción, de la innovación tecnológica, de su transferencia, su producción, su divulgación y su uso; además, que conduzca al bienestar social y económico en salud de los usuarios, para lo cual se plantea como objetivo "identificar y articular nichos de innovación en salud con potencial para impactar positivamente la equidad en salud de la ciudad".

Como parte del proceso de construcción del plan de CTI para la salud, se define la agenda temática de investigaciones para la salud, construida a partir de la propuesta de la Organización Mundial de Salud (OMS), la cual adelantó en 2010 una revisión de todos los procesos de priorización de investigación que se habían hecho dentro de esa organización desde 2005, e identificó así temas comunes de buenas prácticas, que se agruparon en tres categorías. A partir de ese trabajo, y con la participación de diversos actores, se elaboró una propuesta, con la cual se pretendió ordenar unos ejes temáticos de in-

vestigación desde los grandes procesos que afectan la equidad en salud, y los cuales se pueden observar en la figura 1.

Por otra parte, en el año 2013 también se hallaba en su fase de formulación el Plan Decenal de Salud Pública, y con el fin de hacer una articulación con dicho proceso, se tuvieron en cuenta las prioridades del plan, de tal forma que fueran el eje transversal de las temáticas propuestas.

Figura 1. Propuesta del plan de CTI para la salud



Fuente: Elaboración propia.

Referencias

1. Agencia de Noticias UN. Investigación nacional, rezagada frente a otros países de Latinoamérica. Bogotá, D. C., sep. 19 de 2013 [internet]. 2013 [citado 2015 mar. 15]. Disponible en: www.agenciadenoticias.unal.edu.co.

2. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud (SDS). Plan de ciencia, tecnología e innovación para la salud. Bogotá 2013-2023. Bogotá: SDS; 2012.

3. Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan estratégico de ciencia, tecnología e innovación. "Bogotá sociedad del conocimiento-visión 2038, PECTI". Bogotá: Alcaldía; 2006.

4. Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan territorial de salud 2012-2016. Bogotá: SDS; 2012.

5. Departamento de Cundinamarca, Secretaría de Planeación (SP). Agenda regional de ciencia, tecnología e innovación para Bogotá y Cundinamarca. Bogotá: SP; 2005

Recibido para evaluación: 17 de octubre de 2014
Aceptado para publicación: 24 de diciembre de 2014

Correspondencia
Luz Myriam Díaz Pardo
luzmdiazpardo@gmail.com